



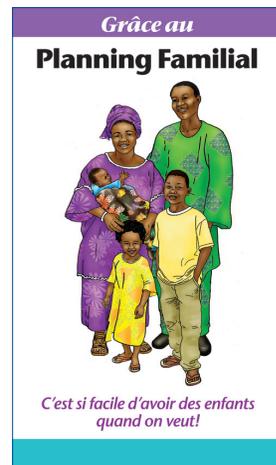
**USAID** | **BÉNIN**  
DU PEUPLE AMERICAIN



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
BENIN

PISAF – PROJET INTÉGRÉ DE SANTÉ FAMILIALE

**RAPPORT FINAL** MARS 2006 – NOVEMBRE 2012



FÉVRIER 2013

Le PISAF, Projet Intégré de Santé Familiale, est exécuté par University Research Co., LLC en collaboration avec Abt Associates dans le cadre de l'Accord de coopération de l'USAID no 680-A-00-06-00013-00. Les points de vue exprimés dans cette publication ne sont pas une réflexion émanant de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID).

**PISAF**

---

***Images de la page de garde:***

*En haut à gauche* : Basile a 11 mois et a été diagnostiqué avec le paludisme grave par Cossi, un relais communautaire formé par PISAF (centre). La mère de Basile (à droite) et son frère aîné (à gauche). L'intervention rapide de Cossi a très probablement sauvé la vie de Basile.

*En bas à gauche* : Animation sur l'utilisation de moustiquaire

*En haut à droite* : Dépliants sur la planification familiale et la fistule

*En bas à droite* : Un pédiatre forme en TETU examine un enfant admis en urgence à HOMEL



# Bénin

## Projet Intégré de Santé Familiale



### RAPPORT FINAL

MARS 2006 – NOVEMBRE 2012

---

Le PISAF, Projet Intégré de Santé Familiale, est exécuté par University Research Co., LLC en collaboration avec Abt Associates dans le cadre de l'Accord de coopération de l'USAID no 680-A-00-06-00013-00. Les points de vue exprimés dans cette publication ne sont pas une réflexion émanant de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID).





## Table des matières

Acronymes et abréviations.....	<i>iv</i>
Introduction .....	1
Principaux acquis .....	2
Approches/stratégies de mise en œuvre.....	5
RI 1 : Création d'un environnement de mise en œuvre propice.....	7
RI 2 : Meilleur accès à des services et des produits de qualité .....	15
RI 3 : Demande accrue de services de santé, produits et mesures préventives.....	27
Leçons apprises et recommandations .....	38
Observations et recommandations finales .....	40
Annexe 1 : Plan de suivi des performances.....	41
Annexe 2 : Comparaison des activités mise en œuvre et le plan de projet .....	49
Annexe 3 : Sélection de documents du Projet PISAF .....	55
Annexe 4 : Liste des outils et aides de travail élaborés par le PISAF .....	56
Annexe 5 : Histoires de succès et documents techniques.....	57
Annexe 6 : Affiches de la journée des portes ouvertes, Octobre 2011 .....	73
Annexe 7 : Contenu de CD-ROM .....	75

## Acronymes et abréviations

ALDIPE	Association de Lutte pour un Développement Intégré et pour la Protection de l'Environnement	GRH	Gestion des Ressources Humaines	PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
AQ	Assurance Qualité	HZ	Hôpital de Zone	PROSAF	Promotion Intégrée de Santé Familiale dans le Borgou et l'Alibori
ARV	Antirétroviraux	IEC	Information, Education, Communication	PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
BACAR	Bureau d'Appui – Conseils d'Afrique pour les Réalisations	MBP	Motivation Basée sur la Performance	RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
CCC	Communication pour un changement de comportement	MILD	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide Longue Durée	RC	Relais Communautaire
CIP	Communication Interpersonnelle	MS	Ministère de la Santé	RI	Résultat Intermédiaire
COGEC	Comité de Gestion de Commune	ONG	Organisation Non Gouvernementale	SIRP	Système d'Information de Routine du Paludisme
CPN	Consultation Périnatale	OS 5	Objectif Stratégique 5	SONE	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels
CS	Centre de Santé	PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant	TDR	Test de Diagnostic Rapide
CTA	Combinaison Thérapeutique à Base d'Artémisinine	PF	Planification familiale	TETU	Tri, Évaluation, Traitement et Urgence
DDS	Directeur Départemental de la Santé	PI	Paquet Intégré	TPI	Traitement Préventif Intermittent
DRH	Direction des Ressources Humaines	PIHI	Paquet d'Interventions à Haut Impact	URC	University Research Co., LLC
DRZ	Dépôt Répartiteur de Zone	PIIHI	Paquet Intégré d'Interventions à Haut Impact	USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
EAQ	Équipe d'Assurance Qualité	PISAF	Projet Intégré de Santé Familiale	ZS	Zone de Santé
EEZS	Équipe d'Encadrement de Zone Sanitaire	PMI	President's Malaria Initiative/ Initiative du Président pour la Lutte contre le Paludisme		
GAPTA	Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement				

## Introduction

University Research Co., LLC (URC), en collaboration avec Abt Associates, a fourni une assistance technique au Ministère de la santé (MS) du Bénin depuis mars 2006 au moyen du Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF) (Accord de coopération 680 A 00 06 00013 00). Le PISAF a soutenu les politiques et stratégies du gouvernement du Bénin ainsi que l'objectif de santé de l'USAID : Augmentation de l'utilisation de services de santé, produits et mesures préventives dans un environnement propice. Le projet a amélioré l'état de santé des Béninois par une collaboration avec les agences gouvernementales, les autres bailleurs de fonds, ainsi que les projets de l'USAID, les communautés et le secteur privé, et les organisations non gouvernementales (ONG).

Le projet a comporté plusieurs phases distinctes : l'accent pendant les cinq premières années a été mis sur le renforcement du système de santé et de la prestation de services dans les départements du Zou et des Collines, tandis qu'un soutien limité était apporté aux départements du Borgou/Alibori – le prolongement du projet précédent, le PROSAF (Promotion intégrée de santé familiale dans le Borgou et l'Alibori). En 2008, le projet a été considérablement élargi grâce à des fonds fournis dans le cadre de l'Initiative du président pour la lutte contre le paludisme (President's Malaria Initiative/PMI), ce qui a permis

d'ajouter des activités axées sur le paludisme au plan de travail du projet au niveau central et dans tous les départements sanitaires. En 2010, le PISAF a reçu des fonds supplémentaires pour réduire l'incidence des fistules obstétricales dans le Zou et les Collines.

Une extension d'un an (2011-2012) s'est accompagnée d'un changement de priorités avec deux nouveaux thèmes : le passage à l'échelle des meilleures pratiques en matière de santé familiale intégrée dans les départements de l'Atlantique/Littoral ; et le renforcement du leadership national pour l'amélioration de la qualité et l'institutionnalisation des meilleures pratiques. Les travaux durant l'extension ont également porté sur la professionnalisation des mécanismes d'assurance maladie à base communautaire, les mutuelles et le renforcement des liens entre les formations sanitaires et la communauté dans le Zou/ Collines.

Ce rapport final présente les résultats obtenus pour les indicateurs relatifs à la santé familiale et aux systèmes de santé. Il fait ressortir les principales stratégies utilisées et il présente de manière plus détaillée les acquis pour chacun des trois résultats intermédiaires du programme. Le rapport est disponible en anglais et en français.

## Principaux acquis

### Zou/Collines 2006–2011

Indicateur	2007	2011
% de la population ayant accès (recevant au moins un élément du) paquet de services de santé familiale par service dans la zone ciblée	24%	37%
Couple Années Protection		14,860
% de centres de santé ayant reçus au moins quatre visites de supervision formative par an	54%	81%
% d'EEZS exécutant au moins 75% de leur plan annuel	78%	100%
Disponibilité des Produits de Santé Familiale	78%	85%
Nombre de produits contraceptifs distribués/cédés dans les structures sanitaires publiques		49547
Nombre de personnes ayant accès au paquet de services de santé familiale dans la zone ciblée	318209	569575
% des mères des enfants <5 ans qui utilise actuellement une méthode moderne pour retarder ou éviter de tomber enceinte *	Zou 14% Collines 26%	Zou 32% Collines 26%
% d'enfants de <5 ans qui ont dormi sous MILLD la nuit dernière*	Zou 25% Collines 24%	Zou 98% Collines 96%
% de femmes enceintes qui ont dormi sous MILLD la nuit dernière*	Zou 21% Collines 26%	Zou 92% Collines 44%
% de mères ayant fait leur test de dépistage du VIH *	Zou 23% Collines 9%	Zou 71% Collines 38%
% des femmes qui reconnaît au moins 2 signes de gravité chez la nouvelle accouchée, nécessitant un recours immédiat à une formation sanitaire *	Z/C 63%	Z/C 91%
% des femmes qui reconnaît au moins 3 raisons qui justifient de ramener un bébé en consultation dans les 40 jours après l'accouchement *	Z/C 40%	Z/C 73%
% des femmes qui reconnaît au moins 3 signes de gravité chez son enfant malade, nécessitant un recours immédiat dans une formation sanitaire *	Z/C 25%	Z/C 73%

\* Données de 2006 sont de l'EDS, données de 2010 sont de l'EQGSS2 de PISAF

## Zou/Collines 2011–2012

Indicateur	2010 Données de Base	2012*
% d'accouchées par voie basse à la maternité pour qui les trois éléments de la GATPA (injection ocytocine, traction du cordon et massage utérin) ont été appliqués (Données de Q1-3 de 2010 et Q1-3 de 2012)	79%	87%
% de relais communautaire ayant reçu une supervision trimestrielle documentée par le point focal	40%	100%
% des enfants de 0-59 mois triés à l'entrée des hôpitaux***	44%	68%
Taux de décès infantile dans les 24 heures en urgence dans les hôpitaux TETU***	17.5%	9.7%
Nombre de cas de femmes porteuses de fistule référés pour une opération de réparation	65	103

\* Données de 2012 sont de Trimestre 1 (Septembre-Décembre 2011), Trimestre 2 (Janvier-Mars 2012), et Trimestre 3 (Avril-Juin 2012))

\*\* Données de MS pour les enfants complètement vaccinés en 2010 sont de 93%.

\*\*\* Données de base sont les moyens de 2010. Données de 2012 sont de T1 de 2012.

## Atlantique/Littoral 2011-2012

Indicateur	Données de Base (Évaluation Rapide de 2011)	2012*
Nombre d'accouchements assistés au centre de santé par un prestataire qualifié	2,273	5,646
% d'accouchées par voie basse à la maternité pour qui les trois éléments de la GATPA (injection ocytocine, traction du cordon et massage utérin) ont été appliqués	39%	70%
Indicateurs du Paquet Intégré	Octobre 2011	Juin 2012
% de femmes reçues en CPN chez qui les normes de dépistage en PE/E sont respectées	9%	77%
% de nouveaux nés chez qui au moins 80% des normes de PEC dans les 6 premières heures sont respectées	2%	78%
% d'enfants complètement et correctement vaccinés avant leur 1er anniversaire	24%	48%
% des clients/clientes en âge de procréer venus en consultation ayant bénéficié d'un Counseling en PF par un personnel compétent	2%	37%

\* Données de 2012 sont de Trimestre 1 (Septembre-Décembre 2011), Trimestre 2 (Janvier-Mars 2012), et Trimestre 3 (Avril-Juin 2012)

\* Période de la mise en œuvre était de Janvier – Octobre 2012



**PMI (2008-2011)**  
**Données de les 12 hôpitaux TETU**

Indicateur	Niveau moyen avant TETU (Mai-Juillet 2010)	Niveau moyen après TETU (Aout 2010-Juin 2011)
% des enfants 0-59 mois triés à l'arrivée	2.4 %	62%
% d'adhésion aux normes TETU	24.9%	62%
Taux de décès dans les 24 premières heures en urgence	19.0%	14.7%
% d'adhésion aux normes de Prise en Charge du Palu grave	54.2%	66%
Létalité du Palu grave	9.5%	6%

## Approches/stratégies de mise en œuvre

Le PISAF a appliqué une approche systémique de gestion de la qualité pour améliorer la performance du système de santé dans son ensemble – la qualité des soins fournis et l'efficacité des systèmes de soutien à la gestion. Dans les régions de mise en œuvre du Zou/Collines et du Borgou/Alibori, l'accent a été mis sur l'amélioration du travail en équipe dans les formations sanitaires, l'élaboration de systèmes pour améliorer l'utilisation des données pour la prise de décisions, et l'introduction de l'amélioration continue de la qualité pour améliorer la qualité des soins et les résultats de santé. L'approche du collaboratif d'amélioration a regroupé avec succès un nombre important de formations sanitaires et de personnel pour élaborer et tester l'utilisation des meilleures pratiques et pour les mettre rapidement à l'échelle. Cette approche reposait sur quatre stratégies principales :

- 1) **la formation et un brassage d'idées** au moyen de cycles Planifier-Introduire-Étudier-Agir (P-I-E-A) pour améliorer les connaissances des prestataires de soins de santé et

### Modèle d'amélioration

*Que cherchons-nous à accomplir?*

*Comment saurons-nous qu'un changement est une amélioration?*

*Quels changements conduisant à une amélioration pouvons-nous mettre en oeuvre?*



**Le cycle de communication** est conçu pour guider le personnel dans l'élaboration des programmes stratégiques de la changement de comportement et de la communication.

assurer le respect des normes et des standards pour les soins essentiels à la mère et au nouveau-né, la planification familiale et le paludisme à la fois simple et grave ;

- 2) **le renforcement des systèmes de santé** pour s'assurer que des données fiables soient disponibles en temps opportun pour la prise de décisions, pour que l'on puisse faire de bonnes prévisions pour se procurer des produits de santé, et pour que les ressources humaines, financières et matérielles soient bien gérées ;
- 3) **la communication pour le changement de comportement (CCC)** ciblant la population pour renforcer les connaissances, aider les clients à prendre en charge leur propre santé et accroître la demande de services de santé ;
- 4) **les mécanismes d'assurance maladie à base communautaire**, les mutuelles, pour que les ménages les plus démunis aient plus facilement accès à des services de santé.



Les stratégies transversales qui se sont révélées particulièrement productives ont été :

- **L'implication de l'État et le renforcement des capacités de celui-ci à tous les niveaux :** Toutes les activités ont été planifiées et mises en œuvre en étroite collaboration avec le personnel du MS ; la participation du niveau central a augmenté avec la réussite de l'amélioration de la qualité pour les soins maternels ainsi que pour le paludisme. Le ministère a démontré son engagement en faveur du passage à l'échelle et a entrepris l'institutionnalisation au-delà des régions où le PISAF travaillait déjà ;
- **L'implication de la société civile et du secteur privé :** Plusieurs volets du PISAF ont mis l'accent sur l'implication de la société civile : la création et le renforcement de mutuelles, la formation des COGEC et le soutien à ceux-ci, et le théâtre

communautaire. Le secteur béninois des ONG s'est renforcé durant les dernières années du PISAF, avec plusieurs ONG qui sont devenues des partenaires d'exécution pour le travail sur les obstétricales fistules. Les prestataires de santé du secteur privé dans le Zou/Collines ont également profité d'un certain nombre de formations cliniques et de formations en gestion.

- **L'intégration de la dimension de genre** qui était centrée sur la représentation des femmes dans toutes les activités de la société civile, notamment les Comité de gestion de commune (COGEC) et les mutuelles (voir le récit d'une réussite à l'Annexe 5).

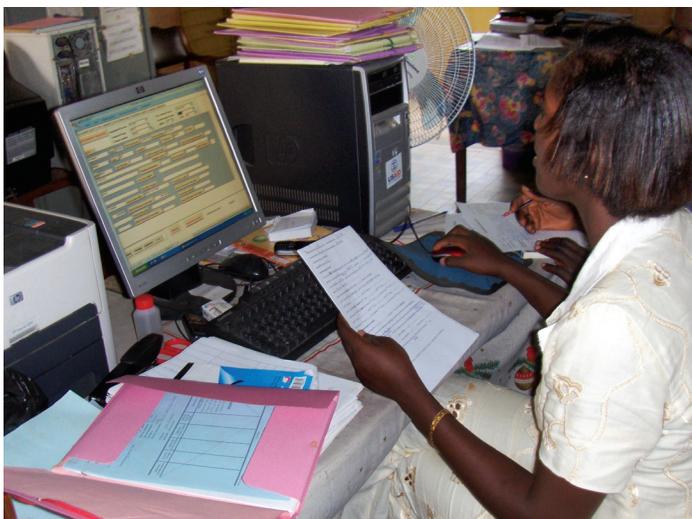
# RI 1 : Création d'un environnement de mise en œuvre propice

Résultat intermédiaire 1	Qu'espérons-nous accomplir?	Principaux acquis
Création d'un environnement de mise en œuvre propice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un environnement de politiques favorable à un meilleur accès à des soins et services de qualité</li> <li>• Une décentralisation renforcée</li> <li>• Institutionnalisation de la gestion de la qualité</li> <li>• Promotion de la participation communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institutionnalisation par le Ministère de la santé du logiciel de gestion des ressources humaines (LogiGRH)</li> <li>• Renforcement des capacités de gestion des zones sanitaires pour la mise en œuvre de la planification, de la budgétisation et des activités</li> <li>• Validation et adoption par le Ministère de la santé du paquet intégré d'interventions à haut impact (PIIHI) pour la santé familiale</li> <li>• Finalisation de la Politique et de la stratégie nationales sur la professionnalisation des mutuelles conformément au Plan stratégique national pour les mutuelles</li> <li>• Une évaluation exhaustive et des travaux de recherches sur les mutuelles ont contribué à la base de preuves pour le rôle des mutuelles dans le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU)</li> <li>• Lancement d'un dialogue national sur la nécessité d'un Cadre national d'assurance qualité (AQ)</li> <li>• Renforcement des capacités de gestion du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) grâce à une supervision formative</li> <li>• Amélioration du système de supervision pour la prise en charge des cas de paludisme</li> <li>• Établissement d'un Système d'information de routine du paludisme (SIRP)</li> </ul>

Un environnement propice à la mise en œuvre est crucial pour que les Béninois aient accès à des soins de santé de qualité. Le PISAF a utilisé une approche descendante et ascendante des politiques et du plaidoyer, créant une interaction et un dialogue sains entre les différents niveaux du système de soins de santé dans lequel chaque niveau joue effectivement son rôle. Une place prépondérante a été accordée à la gestion améliorée du système de soins de santé par l'élaboration et la fourniture d'outils et de processus pour contribuer à une performance de haut niveau des formations sanitaires.

## Institutionnalisation de la gestion des ressources humaines (GRH)

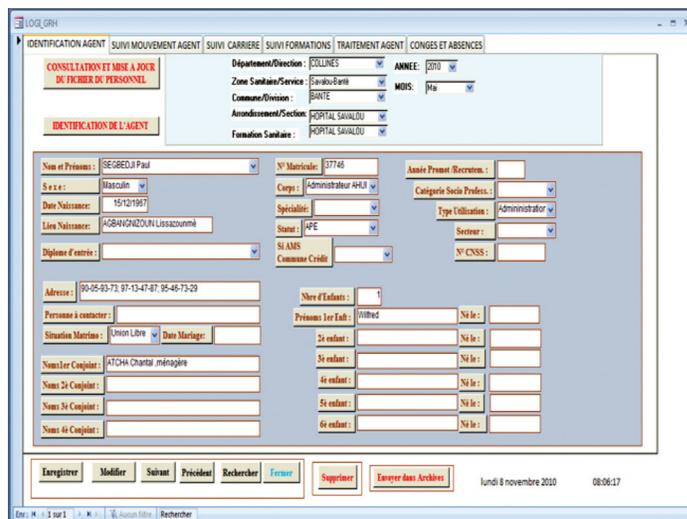
Le secteur béninois de la santé est confronté à des difficultés persistantes en matière de gestion des ressources humaines (GRH), notamment du fait d'un nombre insuffisant d'agents de santé qualifiés et d'une gestion moins qu'optimale du personnel en place. Pour s'attaquer à ces problèmes, le PISAF a appliqué le modèle du collaboratif d'amélioration de la qualité à la GRH dans les formations sanitaires du Zou/Collines. Les gestionnaires et les superviseurs des ressources humaines ont été formés pour que chacun comprenne individuellement l'importance de tenir des dossiers sur le personnel et les éléments nécessaires pour améliorer



Formation des agents au fichier électronique

ces dossiers. De meilleures pratiques pour la gestion et le suivi des dossiers du personnel ont été établies (voir encadre à la page suivante) et appliquées dans 12 sites du Zou/Collines, notamment la Direction départementale de la santé, l'hôpital départemental, six bureaux de zones sanitaires et quatre hôpitaux de zone. Pendant la première année du projet, ces meilleures pratiques ont également été appliquées dans 13 sites de l'Atlantique/Littoral.

Tandis que chaque centre de santé et chaque hôpital dans les départements ciblés avaient une méthode systématique pour tenir et suivre les dossiers du personnel, il n'existait pas de mécanisme qui permette un partage de l'information entre sites. Le PISAF, en collaboration étroite avec le Directeur de la santé du Zou/Collines, a mis au point un logiciel pour gérer les données relatives au personnel. Ce logiciel, appelé LogiGRH, suit des renseignements essentiels tels que les descriptions de tâches, les revues des performances, les dates d'embauche, les formations reçues, et il permet de gérer électroniquement les dossiers de tout le personnel. La fonctionnalité centralisée du logiciel permet au fichier électronique de suivre des personnes qui vont dans d'autres établissements du département. Le PISAF a fourni une formation aux gestionnaires et aux superviseurs des ressources humaines sur l'utilisation du logiciel



Capture d'écran du logiciel LogiGRH

pour prévoir les besoins en personnel ainsi que pour gérer électroniquement les ressources humaines.

À un niveau central, la Direction des ressources humaines (DRH) voulait actualiser ses systèmes pour remédier aux lacunes du logiciel qu'elle utilisait. Le PISAF a plaidé pour l'utilisation de LogiGRH, et une visite de terrain ultérieure a permis au Directeur des ressources humaines et à son équipe de comparer les capacités de LogiGRH avec celles du logiciel existant, et de déterminer si LogiGRH pourrait satisfaire les besoins de la direction. Le logiciel LogiGRH, sous sa forme initiale, avait été mis au point uniquement pour une zone, et il fallait donc y apporter des modifications pour l'adapter aux besoins au niveau national. Les conseillers techniques du PISAF ont travaillé étroitement avec la DRH pour préparer le logiciel et le manuel de formation en vue du passage à l'échelle nationale, avec notamment un atelier de validation regroupant le personnel du PISAF, la DRH et les responsables des ressources humaines pour dégager un consensus sur leur approche du passage à l'échelle du LogiGRH. Une formation sur l'utilisation et la maintenance de LogiGRH a été dispensée à 23 gestionnaires du niveau central du MS et elle a débuté sous forme de sessions de formation en cascade. Le MS est maintenant en mesure de collecter, analyser et mettre à jour en continu les données

## Composantes de la gestion des ressources humaines

- Existence d'une description des tâches
- Documentation de l'évaluation annuelle de la performance
- Gestion des dossiers du personnel
- Formation du personnel
- Gestion des dossiers informatisés du personnel

relatives aux ressources humaines et de prendre des décisions plus judicieuses pour les besoins en personnel.

## Renforcement des capacités de gestion des zones sanitaires

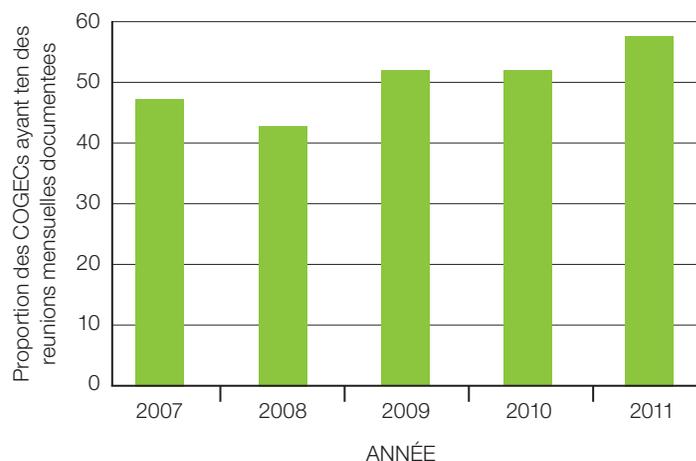
Les politiques et les décrets du Ministère de la santé du Bénin permettent une planification décentralisée efficace, facilitent la gestion des ressources financières et humaines des zones sanitaires et favorisent l'attribution par les collectivités locales de budgets pour la santé. Le PISAF a encouragé la mise en œuvre de ces politiques, renforçant les compétences aux niveaux locaux pour qu'ils s'acquittent de leurs nouvelles responsabilités – notamment la planification ascendante – et qu'ils maintiennent le dialogue avec les acteurs du niveau central sur la manière de superviser et d'accompagner ces acteurs décentralisés dans leurs performances de travail.

Le PISAF a appuyé la décentralisation dans le Zou/Collines par :

- La diffusion des politiques de décentralisation et des politiques ascendantes à tous les niveaux de la santé
- La planification ascendante
- La formation et les outils de gestion
- La supervision de routine

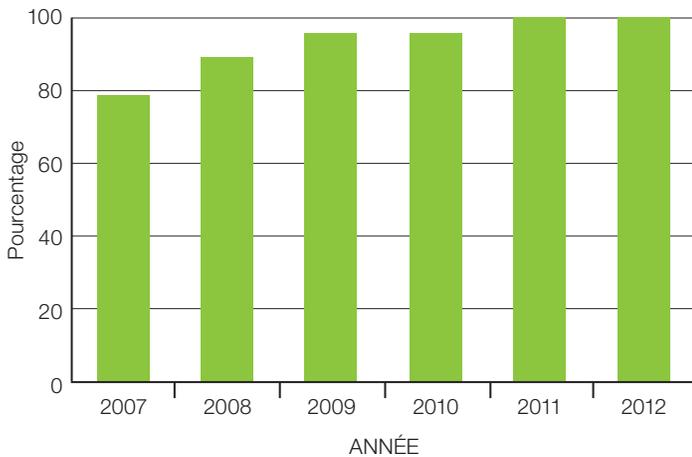
Le PISAF, en collaboration avec le Directeur départemental de la santé (DDS) et les médecins-chef de district, ont diffusé

Figure 1: Proportion de COGEC qui ont tenu des réunions mensuelles documentées pendant le trimestre, Zou/Collines 2007-2011



les directives relatives à la décentralisation, ainsi qu'un manuel sur les procédures intégrées de planification ascendante. Ces directives et le manuel ont permis aux parties prenantes de mieux comprendre ce qu'est la décentralisation, définissant clairement le but de la planification ascendante et expliquant comment sa mise en œuvre mènerait à une gestion améliorée des services de santé et du système de santé en général, et à une meilleure coordination entre les deux. Les organes de gestion locaux, ou Comité de gestion de commune, jouent un rôle essentiel dans la décentralisation et la planification ascendante. L'Évaluation de la gestion de 2006, effectuée par le PISAF, a révélé que ces organismes doivent être renforcés pour pouvoir s'acquitter de leur mission. Moins de 50% des membres des COGEC connaissent les critères qui ont été utilisés pour leur nomination. Tandis que 60% des COGEC ont participé à la préparation de plans d'action, moins de 30% ont pris part à la mise en œuvre de ces plans. Le PISAF a soutenu le DDS du Zou/Collines dans la formation des membres des COGEC sur leurs rôles et responsabilités, la planification et la budgétisation. Les membres des COGEC ont également reçu une formation en techniques de facilitation et documentation pour pouvoir organiser et diriger des réunions efficaces et pour prendre des décisions pertinentes sur la base de la documentation existante.

**Figure 2: Proportion des EEZS ayant exécuté au moins 75% de son plan d'action, Zou/Collines, 2007-2012**



Avec le soutien du PISAF et du DDS local, les COGEC ont pu préparer des plans d'action pour leur centre de santé local. Ces formations et une supervision de routine ont contribué à une meilleure implication générale des COGEC dans le système de santé. La Figure 1 montre les progrès accomplis pour ce qui est de la fréquence des réunions des COGEC dans le Zou/Collines.

Dans le même temps, le PISAF a également travaillé avec les équipes de supervision du niveau zonal, fournissant une instruction en planification de l'action ainsi que des outils pour la gestion et la supervision financières afin d'aider à l'exécution de ces plans d'action. Pour s'assurer que la planification de l'action soit comprise à tous les niveaux du système de santé, le PISAF a soutenu le ministère dans l'élaboration de modules standardisés de facilitation de la planification. Les modules définitifs ont été communiqués au personnel de gestion de zones pour qu'ils les utilisent dans son travail. Ces efforts ont contribué à des améliorations majeures dans l'exécution des plans d'action des zones (2007 à 2012), comme le montre la Figure 2.

Le processus de planification ascendante commence au niveau de la formation sanitaire. La supervision de routine a été déterminante pour s'assurer que les centres de santé élaboraient des micro-plans appropriés pour la mise en œuvre

de leurs activités prévues, et que le personnel se conformait aux politiques approuvées par le gouvernement. À cette fin, le PISAF a organisé des revues trimestrielles des plans d'action, conjointement avec le DDS, pour suivre les performances et pour soutenir la micro-planification des centres de santé pour le trimestre suivant. Ces supervisions de soutien sur site ont également fourni des occasions de renforcer les connaissances et les compétences du personnel et d'améliorer ensuite la performance et la qualité des services.

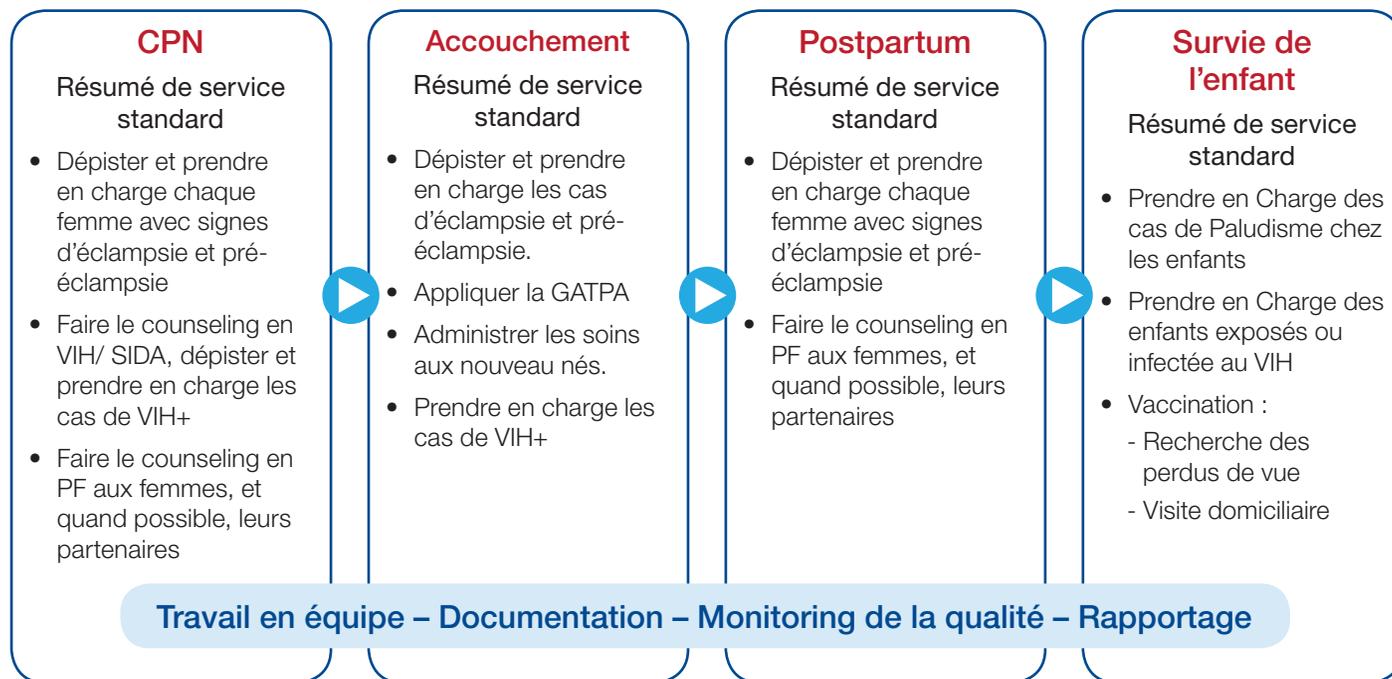
## Institutionnalisation du paquet intégré de pratiques de santé familiale de qualité

Initialement, le travail d'amélioration de la qualité du PISAF était organisé par maladie ou par domaine de soins : par exemple, le collaboratif de planification familiale, le collaboratif du paludisme simple et le collaboratif des soins obstétricaux et néonataux essentiels. En 2010, le projet a fait la synthèse des enseignements qu'il avait tirés de ces collaboratifs ciblés pour définir un paquet de services de santé familiale de qualité. La synthèse a permis aux équipes de santé d'obtenir des améliorations de la qualité en se concentrant sur une série essentielle de pratiques de santé familiale. Cette série d'interventions qui avaient fait leurs preuves a été testée dans l'ensemble des 126 formations sanitaires des départements du Zou/Collines, en mettant l'accent sur l'intégration des divers volets techniques de la santé familiale (soins obstétricaux et néonataux essentiels, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, planification familiale, GRH, traitement du paludisme simple, et mutuelles) dans un environnement d'amélioration continue de la qualité. Le modèle du paquet intégré est présenté à la Figure 3. Cette expérience a identifié plusieurs des meilleures pratiques pour mettre en œuvre le paquet intégré de services et préparer le terrain en vue du passage à l'échelle.

Ces meilleures pratiques ont été appliquées pendant l'année d'extension lorsque le paquet intégré d'interventions à haut

## Figure 3. Modèle de paquet intégré

Chaque cliente qui vient dans une formation sanitaire pour CPN, Accouchement et Post-partum bénéficie des prestations intégrées de santé familiale à haut impact selon les normes.



### Actions transversales de soutien

Médicaments et consommables disponibles

**MEDISTOCK**

Agents de santé en poste motivés à travers une gestion efficace

**SYSTEME DE RESSOURCES HUMAINES**

Soins et prévention accessibles et pleine participation des communautés

**CHW, MUTUELLES, MOBILISATION COMMUNAUTAIRE**

Impact (PIIHI) a été incorporé au nouveau paquet de soins de santé primaires à haut impact, le paquet d'interventions à haut impact (PIHI). Le PISAF, en collaboration étroite avec le MS, a appliqué ces meilleures pratiques pour étendre rapidement le

PIIHI à 36 centres de santé publics et à 11 formations sanitaires privées dans les départements de l'Atlantique/Littoral. On trouvera des détails sur ce travail sous la rubrique du RI 2.

## Facilitation des politiques et stratégies pour améliorer l'accès financier à des services de santé de qualité

En 2008, le gouvernement béninois a entamé l'élaboration d'un régime d'assurance maladie universelle (RAMU) et, en 2010, il a identifié les mutuelles existantes comme étant des mécanismes grâce auxquels le RAMU pourrait atteindre les zones et les communautés les plus éloignées. Les mutuelles, des mécanismes d'assurance maladie communautaires, existent au Bénin depuis les années 90 mais elles ont toujours eu un caractère informel. Elles fournissent une couverture d'assurance maladie à des clients dans des communautés

### Activités relatives aux politiques et stratégies des mutuelles

- Finalisation et diffusion du Plan stratégique national pour les mutuelles de santé
- Réalisation d'une évaluation à mi-parcours des mutuelles de santé avec le soutien de l'USAID dans le Borgou/Alibori
- Réalisation des études suivantes :
  - 1) Les fonds de santé pour les indigents et les mutuelles
  - 2) Le rôle des mutuelles dans la promotion de la santé communautaire et
  - 3) Les facteurs associés à la fidélisation des membres
  - 4) Les expériences de professionnalisation des mutuelles
- Déclaration d'un mécanisme universel d'assurance maladie
- Premier Forum national sur les mutuelles pour des services et des soins de santé continus et de meilleure qualité au Bénin
- Finalisation de la Politique et des stratégies nationales de professionnalisation des mutuelles.

### Vision de la stratégie de professionnalisation

*« D'ici à 2017, le Bénin disposera d'un vaste réseau bien structuré de mutuelles, respectueuses des lois, crédibles aux plans national, régional et international, qui tiennent leurs engagements vis-à-vis de leurs membres et des agents de santé. »*

difficiles d'accès dont les membres paient une cotisation mensuelle/annuelle qui leur donne accès à des services de santé gratuits ou à des taux très subventionnés. Les fonds mis en commun par les membres créent un risque moins important et partagé. Toutefois, pour jouer un rôle clé dans la mise en œuvre du RAMU, les mutuelles auraient besoin d'une infrastructure et d'un système de gestion plus formels.

Pour acquérir une meilleure compréhension du statut actuel des mutuelles dans le pays, le PISAF a effectué une évaluation des expériences de professionnalisation des mutuelles existantes. En même temps, le PISAF a créé un mouvement national autour des mutuelles par la diffusion d'informations et par des discussions publiques telles que le Premier forum national sur les mutuelles pour des services et des soins de santé continus et de meilleure qualité. Ce forum qui a eu lieu en 2010 a permis aux participants d'échanger des idées sur : les principes de base de la professionnalisation, les facteurs qui influent sur la loyauté des clients, la contribution des mutuelles à l'utilisation de soins/services de santé et à la promotion de la santé, et les synergies d'activités entre les mutuelles et les autres mécanismes de protection contre les risques de maladie.

Le Forum national a clairement montré que, pour pouvoir se professionnaliser, les mutuelles ont besoin d'instructions claires sous la forme d'une politique à suivre, et que l'État et les partenaires d'exécution ont un rôle important à jouer. Avec le soutien financier et technique du PISAF, et avec une solide collaboration avec les partenaires d'exécution tels que

la Banque mondiale et la Coopération technique belge, une Politique et des stratégies nationales sur la professionnalisation des mutuelles ont été finalisées en août 2012, reconnaissant officiellement les mutuelles et leur rôle dans le système de santé. La stratégie comprend : une mission, un champ d'application, un cadre conceptuel pour la professionnalisation, une étude de base sur la professionnalisation, une vision pour les mutuelles à l'horizon 2017 et des stratégies de mise en œuvre et de financement de la professionnalisation. Cette reconnaissance a eu pour corollaire la nécessité de renforcer les capacités techniques, financières et opérationnelles des mutuelles, ainsi que les capacités de gestion de ceux qui assurent le fonctionnement des mutuelles. Tandis que le travail du PISAF a dégagé la voie pour les mutuelles, il faut aussi un élan et une volonté politique de la part du gouvernement et des partenaires pour s'assurer que les mutuelles parviennent à fournir une assurance maladie à ceux qui en ont le plus besoin, et qu'elles réussissent dans leur nouveau rôle dans le contexte du RAMU.

## Lancement d'un dialogue national sur le cadre national de l'assurance maladie

Vers la fin du projet, le PISAF a organisé une table ronde et une journée portes ouvertes pour faire connaître les acquis du projet allant de la prise en charge des cas de paludisme grave à la gestion de la logistique. Les matériaux de ces événements se trouvent dans l'Annexe 6. Les participants représentaient tous les niveaux des départements du MS, ainsi que des partenaires nationaux et internationaux travaillant dans le secteur de la santé au Bénin. Le PISAF a utilisé l'événement pour plaider en faveur de l'institutionnalisation des meilleures pratiques au sein du MS afin de pérenniser les acquis dans le plus long terme. Pendant ces événements, la Ministre de la santé a exprimé son attachement à l'application, au-delà du Zou/Collines, à d'autres départements du pays, des pratiques et des résultats du PISAF ayant fait leurs preuves. Sur la base de cet engagement, et à la requête spécifique de la ministre, le

PISAF a organisé en juillet 2012 un atelier sur le leadership et la gestion des programmes d'assurance qualité à l'intention des cadres supérieurs du Ministère de la santé au niveau central et au niveau départemental. Cet atelier a donné des occasions de résumer les diverses approches d'assurance qualité utilisées au Bénin et de mettre en évidence la complémentarité des différentes approches. L'atelier a servi de catalyseur pour redynamiser le travail sur la Politique nationale d'assurance qualité, en préparation depuis de nombreuses années, par l'élaboration d'un projet de cadre.

## Renforcement des capacités de gestion du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)

Le PISAF a travaillé sur le renforcement des capacités de gestion du PNLP axées sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement des intrants de lutte contre le paludisme. Afin d'identifier les lacunes, le PISAF a collaboré avec le PNLP pour effectuer une évaluation des besoins de l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement des intrants, pour analyser la passation de marchés, la distribution, les commandes et la gestion des stocks. L'évaluation des besoins a identifié deux aspects prioritaires : 1) le renforcement de la logistique avec les dépôts répartiteurs aux niveaux des formations sanitaires et des zones sanitaires ; et 2) la gestion logistique des intrants de lutte contre le paludisme au niveau de la Centrale d'achat des médicaments essentiels de Cotonou et de ses deux dépôts régionaux.

Ces aspects prioritaires ont été traités par une formation du personnel central et des zones sanitaires sur un logiciel de gestion de la logistique, par un suivi des intrants de lutte contre le paludisme – avec le recrutement d'un conseiller de gestion de la chaîne d'approvisionnement basé au sein du PNLP –, et par le renforcement des compétences du PNLP sur la planification intégrée annuelle du travail.

## Amélioration du système de supervision pour la prise en charge de paludisme

Le PISAF a formé des prestataires publics et privés sur les directives actualisées de 2007 pour la prise en charge de paludisme simple. Afin de compléter cette formation, le PISAF a travaillé avec le PNLP pour actualiser son programme d'étude en supervision formative et pour assurer l'intégration de nouveaux détails concernant la supervision spécifique au paludisme. Le programme d'étude actualisé a été mis à la disposition de tout le personnel dans l'ensemble du système de santé, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Au total, le PISAF a formé les équipes de supervision de 34 zones de santé avec ces programmes d'étude actualisés en supervision. Avec un financement du PISAF, tous les départements ont été soutenus pour effectuer une supervision de routine.

## Établissement d'un système d'information de routine du paludisme (SIRP)

Pour comparer les indicateurs de performances du Bénin relatifs au paludisme avec les indicateurs globaux de morbidité et de mortalité afférents à cette même pathologie, et pour améliorer le suivi des cas de paludisme à chaque niveau du système de santé, le PISAF a soutenu le MS dans l'établissement d'un SIRP et d'un manuel des procédures de surveillance de routine. Le personnel de gestion des données a été formé sur le SIRP pour améliorer la qualité et la complétude de la collecte des données de routine sur le paludisme. Un suivi systématique post-formation a permis de s'assurer de la mise en œuvre correcte du SIRP.

Il n'existait pas précédemment d'indicateurs clés sur le traitement du paludisme dans le SIRP – par exemple, la proportion de femmes enceintes recevant un traitement préventif intermittent



Grâce au nouveau système d'information sur le paludisme, le PNLP du Bénin a pu, pour la première fois, remplir et soumettre des tableaux de données standardisés sur la morbidité et la mortalité, la prévention et la gestion des intrants, à l'Organisation mondiale de la santé pour inclusion dans le bulletin de celle-ci sur la lutte contre le paludisme.

(TPI) et la proportion d'enfants de moins de 5 ans avec un test de diagnostic rapide positif traités correctement avec une CTA –, mais ces indicateurs ont été intégrés avec l'appui du PISAF. Grâce au nouveau système d'information sur le paludisme, le PNLP du Bénin a pu, pour la première fois, remplir et soumettre des tableaux de données standardisés sur la morbidité et la mortalité, la prévention et la gestion des intrants, à l'Organisation mondiale de la santé pour inclusion dans le bulletin de celle-ci sur la lutte contre le paludisme.

## RI 2 : Meilleur accès à des services et des produits de qualité

Résultat intermédiaire 2	Qu'espérons-nous accomplir ?	Principaux acquis
Meilleur accès à des services et des produits de qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure disponibilité des produits de santé familiale</li> <li>• Meilleure qualité des services de santé familiale</li> <li>• Meilleur accès financier aux services de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise au point et passage à l'échelle d'un logiciel exhaustif de gestion de la logistique, Medistock</li> <li>• Amélioration de la qualité des services intégrés de santé familiale dans toutes les 147 formations sanitaires du Zou/Collines</li> <li>• Mise à disposition du traitement préventif intermittent pour toutes les femmes enceintes dans les 12 départements du Bénin</li> <li>• Formation de 542 prestataires du secteur privé sur les politiques de prise en charge des cas de paludisme – CTA et tests de diagnostic rapide (TDR)</li> <li>• Formation de 288 agents de santé en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans tous les départements du Bénin</li> <li>• Mise en œuvre du tri, évaluation et traitement d'urgence pour le paludisme dans 12 hôpitaux à travers du pays</li> <li>• Établissement de 59 nouvelles mutuelles de santé dans le Zou/ Collines et l'Alibori</li> <li>• Établissement de 9 réseaux de mutuelles de santé dans le Zou/ Collines et l'Alibori</li> <li>• Pilotage de l'utilisation d'incitations liées à la performance pour l'amélioration de la qualité des soins.</li> </ul>

Le PISAF a adopté l'assurance qualité et l'institutionnalisation des améliorations continues pour s'assurer que les agents de santé puissent maintenir la qualité après la fin du projet et continuer de travailler pour répondre aux besoins de la population. Les éléments suivants sont au cœur de l'approche d'AQ du PISAF :

### 1) l'utilisation de données pour la prise de décisions :

L'accent mis sur les données a commencé par une évaluation complète de la gestion, initiée par le projet, qui a identifié des priorités d'amélioration. Les zones et les départements de santé ont reçu une formation sur les indicateurs clés de la performance qu'ils ont régulièrement gérés, en particulier ceux liés aux initiatives de collaboratifs d'amélioration et ultérieurement au passage à l'échelle du paquet intégré.

### 2) le renforcement des compétences des points de vue clinique, gestion et communication :

Les prestataires et gestionnaires de services de santé doivent comprendre les standards afin de les pratiquer. Le PISAF a fourni un soutien technique et financier pour une formation sur les thèmes suivants : a) la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) ; b) les soins essentiels au nouveau-né ; c) le nouveau protocole pour le traitement du paludisme simple avec CTA et l'utilisation correcte des tests de diagnostic rapide ; d) la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; e) les techniques de contraception et la communication interpersonnelle ; f) la gestion des médicaments ; et g) l'achèvement des nouveaux outils du système d'information sanitaire. Le PISAF a également formé des stations de radio communautaires et des troupes théâtrales et folkloriques



Centre de Santé AVLAME avant réfection



Centre de Santé AVLAME après réfection

pour qu'elles puissent préparer des messages sur des thèmes de santé familiale en langues locales. Des membres de COGEC ont été formés en AQ afin d'épauler les formations sanitaires dans la mise en œuvre de collaboratifs.

- 3) **l'amélioration des soins et de leur environnement** : le PISAF a procuré des fournitures et du matériel médicaux de base aux formations sanitaires qui en manquaient. En raison du mauvais état de l'infrastructure de certaines formations sanitaires, un soutien a été apporté au Département de la santé pour des travaux de rénovation.
- 4) **la réorganisation des systèmes de prestation de soins de santé** : La réorganisation impliquait que tous les éléments du paquet de santé familiale soient disponibles cinq jours par semaine, ce qui a nécessité un travail en équipe et la réorganisation du circuit des patients ; de meilleurs systèmes de référence et de contre-référence pour les communautés pour que les soins soient dispensés de manière continue et harmonieuse ; et une plus grande implication de la communauté, notamment des COGEC.

#### Un gestionnaire de dépôt de Savalou a rapporté :

*« Il est rare maintenant que nous ayons des ruptures de stock dans les centres de santé – Medistock nous aide à avoir une meilleure vue d'ensemble, à prédire les besoins en stock plus à l'avance et à éviter un gaspillage de médicaments. »*

## Meilleure gestion de la logistique (Medistock)

L'Évaluation de base a mis en évidence des différences importantes dans le pourcentage de prestataires formés en logistique : 7% dans une zone et 38% dans une autre, avec une moyenne départementale de 16% dans le Zou/Collines. Pour renforcer le système de logistique et pour améliorer la distribution des produits de santé familiale dans le Zou/Collines, le PISAF a établi des dépôts départementaux, leur a fourni de l'équipement, et a renforcé les capacités du DDS et des gestionnaires des médicaments des zones de santé. Ces gestionnaires ont reçu une formation sur l'utilisation des outils de gestion des produits de santé familiale et sur les compétences en la matière, notamment : la prévision, les commandes, le partage et la distribution des renseignements en temps voulu. Tandis que le projet facilitait des améliorations du système aux niveaux départemental et zonal, il y avait toujours périodiquement des ruptures de stock.

Tout en formant les gestionnaires des médicaments sur les outils de gestion, le PISAF a aussi adapté le logiciel existant de gestion des stocks de médicaments utilisé au niveau central par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels. Le nouveau logiciel, Medistock, a été créé en étroite collaboration entre le personnel technique du projet, les départements du Zou/Collines, et le personnel de gestion des produits pharmaceutiques. Pour s'assurer de l'utilisation correcte de Medistock, le PISAF a constitué un cadre de formateurs de la DDS et des zones de



Suivi de l'utilisation de Médistock

## Application de Medistock au suivi des antipaludiques

Dans le cadre de la PMI, l'évaluation des besoins a mis en évidence la faiblesse de la gestion des intrants de lutte contre le paludisme (ILP). Le PISAF a remédié à ce problème en formant 74 membres de la DDS de l'ensemble des 34 dépôts répartiteurs de zone sur l'utilisation de Medistock, et l'utilisation du logiciel pour améliorer la gestion des ILP. Pour s'assurer du transfert des compétences à tous les niveaux des zones sanitaires, le PISAF a formé 9 cadres supérieurs du PNLP et 150 formateurs supplémentaires en Medistock qui venaient de l'ensemble des 12 départements.

santé qui, à leur tour, ont formé le personnel des niveaux inférieurs. La supervision formative a été organisée en tant qu'effort conjoint du PISAF et du personnel de la DDS. Cette supervision a eu plusieurs effets. Elle a renforcé la capacité des acteurs à améliorer l'organisation de l'approvisionnement et la gestion des stocks de médicaments ; a assuré l'utilisation efficace de Medistock en temps réel ; a assuré la qualité des données logistiques utilisées dans la prise de décisions ; et a assuré la conformité avec les standards de la gestion logistique. Peu après la création de Medistock, il est devenu évident que, même si les dépôts parvenaient à gérer leur stock de produits, les données nécessaires sur le stock et la prévision ne parvenaient pas au niveau central en temps voulu. En mai 2010, le PISAF a introduit une plateforme d'échange en ligne appelée Medistock.web. La nouvelle plateforme a permis un accès plus rapide et plus sûr aux données de la chaîne d'approvisionnement entre les dépôts répartiteurs du Zou/Collines, de sorte que les zones de santé puissent plus facilement redéployer tout stock excédentaire de médicaments.

Medistock a considérablement contribué à améliorer la disponibilité de médicaments essentiels dans les formations sanitaires pendant la durée du projet. Durant les cinq premières années du PISAF, Medistock a été étendu à l'ensemble des six dépôts répartiteurs de zone du Zou/Collines et a été appliqué dans l'Atlantique/Littoral et le Borgou/Alibori pendant l'année d'extension. Le logiciel a été adapté par des partenaires tels

que ESTHERAID pour gérer les stocks d'antirétroviraux (ARV) et par le Programme National de Lutte contre le Paludisme pour suivre les intrants de lutte contre le paludisme dans 34 dépôts de zones sanitaires à travers le pays. On trouvera à Annexe 5 une documentation plus détaillée sur l'expérience du PISAF en matière de Medistock.

## Amélioration de la prestation de services intégrés de santé familiale

Le PISAF a introduit l'amélioration de la qualité dans toutes les 136 formations sanitaires du Zou/Colline en utilisant une approche de collaboratif d'amélioration.

Comme le montre le graphique ci-dessous, les agents de santé se sont initialement concentrés sur un ou plusieurs éléments du paquet de santé maternelle – les soins obstétricaux essentiels, le paludisme et plus tard la planification familiale et la PTME –, acquérant ainsi des compétences en suivi de la qualité, identification de solutions et essais d'améliorations. Les collaboratifs d'amélioration ont aussi commencé à lier les mutuelles à la qualité des soins et à la gestion des ressources humaines. Par la suite, les agents de santé ont appliqué l'amélioration de la qualité à l'ensemble du paquet de services pour la santé familiale intégrée, ce qui a entraîné des changements plus importants dans le flux des patients, l'exécution simultanée de plusieurs tâches et l'implication des clients et des communautés.

## Les phases des collaboratifs dans le temps et le nombre de sites

	2008				2009				2010				2011	
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
SONE/GATPA			17 sites				+22 sites			+20 sites				+67 sites
Paludisme simple					16 sites			+42 sites		+20 sites				+62 sites
Paludisme grave										5 sites (Z/C) + 8 other sites				
Planification Familiale							14 sites			+20 sites				+92 sites
PTME							22 sites			+8 sites				+12 sites
Mutuelles							14 sites							+45 mutuelles
Gestion Ressources Humaines										13 sites				

Couleur claire = phase démonstration

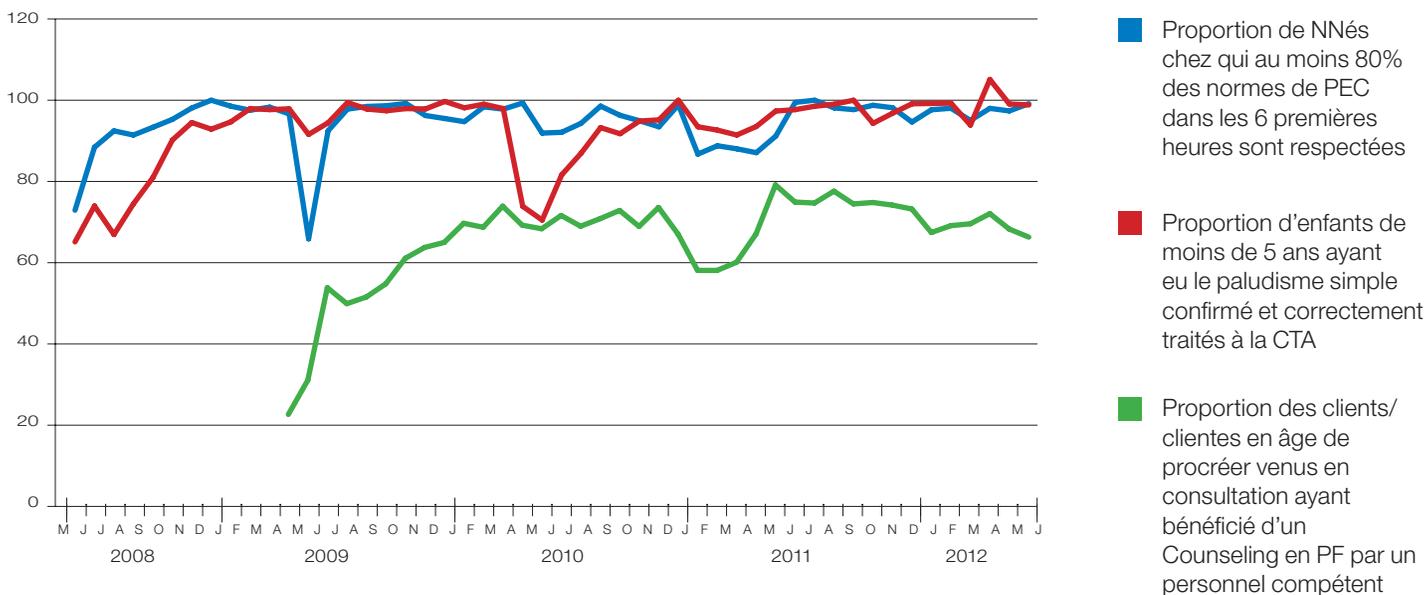
Couleur avec rayures et foncé = phase de 2eme extension

Couleur foncée = phase d'extension

..... = phase de mise à l'échelle d'un paquet intégré dans les Zou/Collines

## Les résultats pour les indicateurs clés sont présentés ci-dessous.

Figure 4 : Évolution des indicateurs clés pour le paquet intégré dans le Zou/Collines, (mai 2008-juin 2012)



Source : Données du collaboratif

Figure 5 : Impact de la GATPA pour la diminution de la survenue des hémorragies post-partum dans le Zou/Collines, (mai 2008 – décembre 2010)

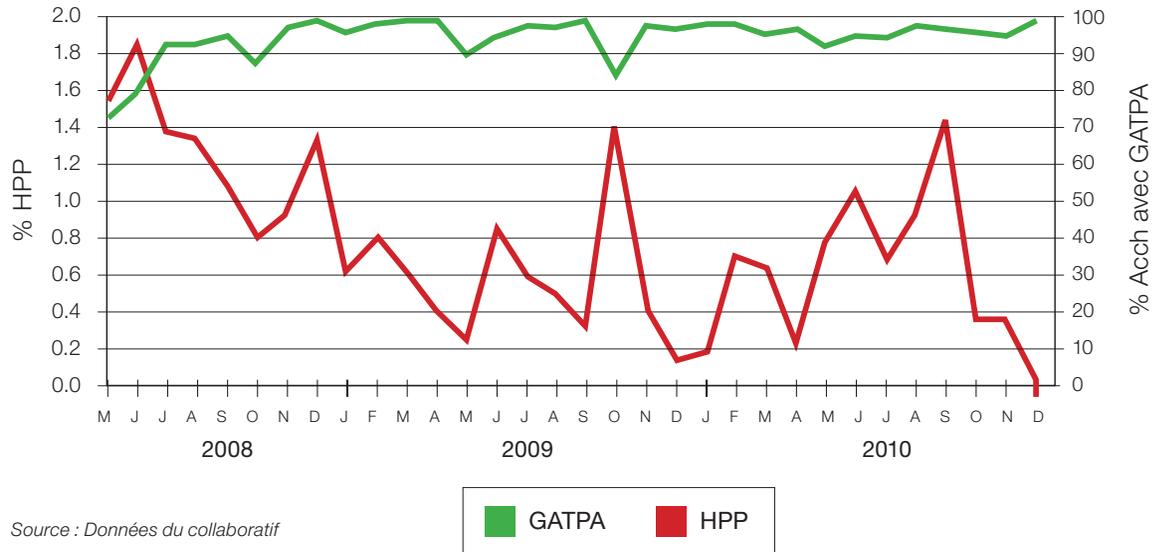


Figure 6 : Évolution des performances globales par domaine de prise en charge clinique, Zou/Collines, 2006 et 2010

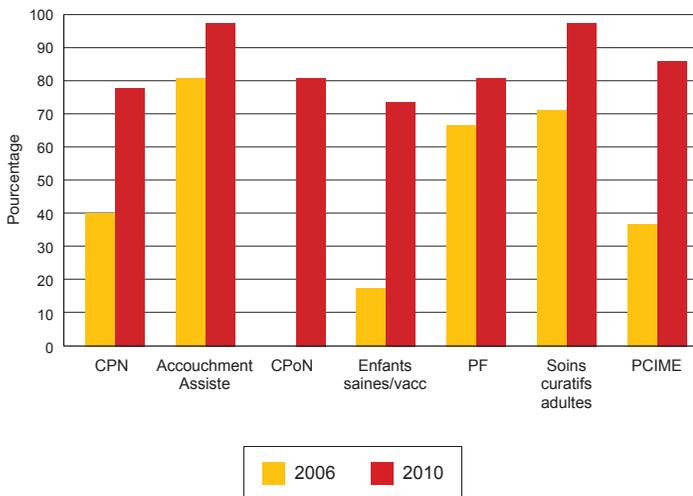


Figure 7 : Évolution des Indicateur Cles du Systeme de Sante, Zou/Collines, 2006 et 2010

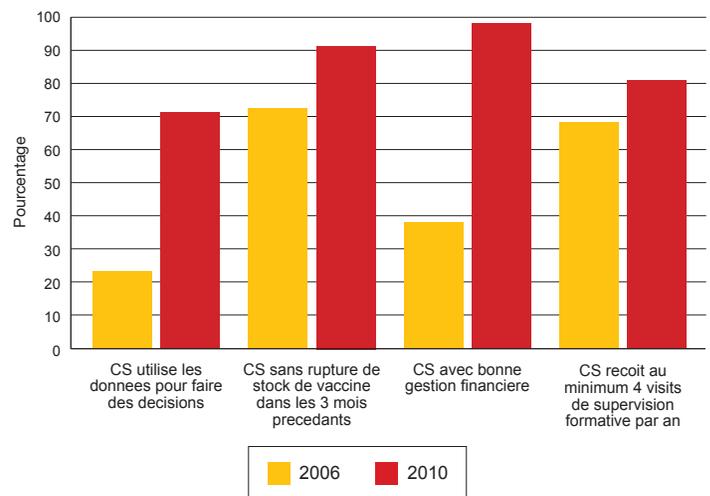
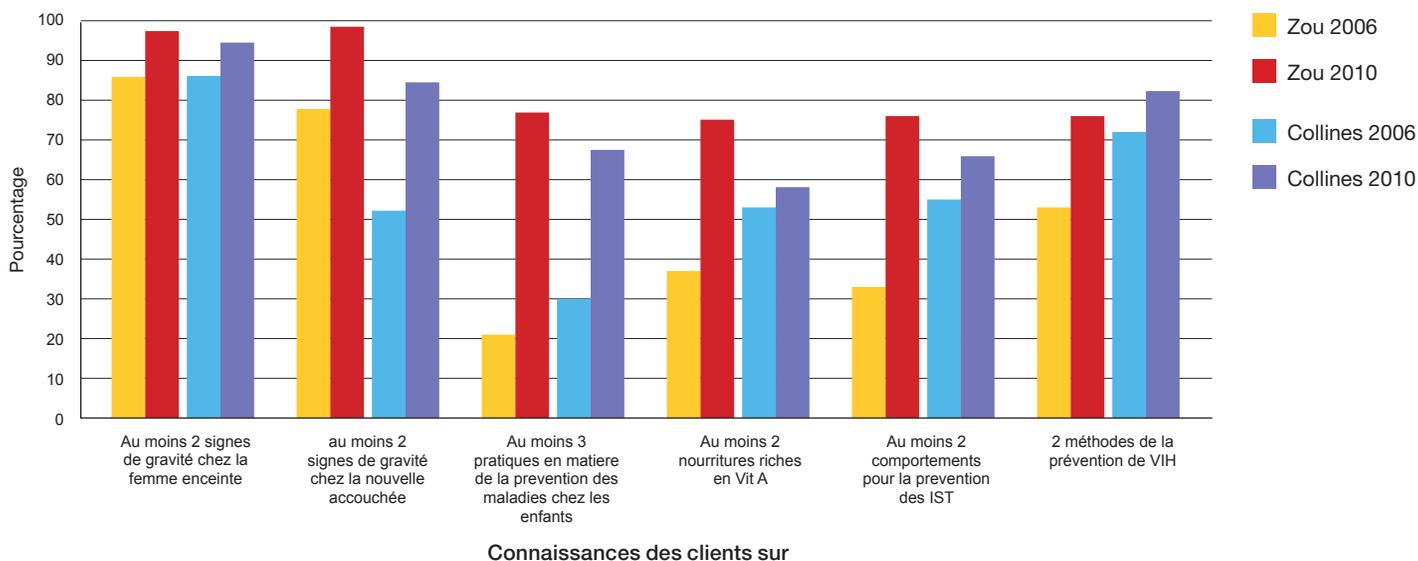


Figure 8: Evolution des connaissances des clients des centres de santé, Zou/Collines, 2006 et 2010

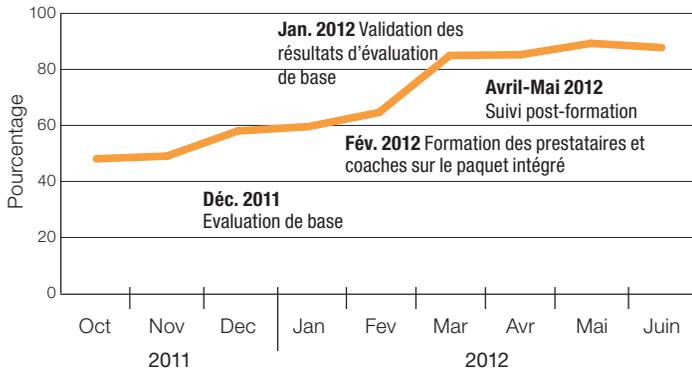


En 2011, PISAF a élaboré un manuel et aide-travail pour les coaches, basé sur les expériences et leçons apprises avec son pool des coaches.

## Coaching pour l'amélioration de la qualité

Le coaching a joué un rôle essentiel dans le renforcement des changements identifiés lors des sessions d'apprentissage des collaboratifs. Pendant le projet, le PISAF a créé un pool de 106 coaches dans le Zou/Collines et le Borgou/Alibori pour fournir un suivi post-formation sur place au personnel des dispensaires pour faciliter l'intégration des compétences nouvellement acquises dans l'environnement de travail du personnel. Les coaches eux-mêmes étaient du personnel de santé formé ayant démontré des capacités essentielles de coaching et ils avaient été identifiés conjointement par le PISAF et par le département. Les coaches ont reçu ultérieurement une formation en AQ, en communication interpersonnelle, et des mises à jour cliniques pour pouvoir dispenser un coaching efficace aux équipes d'amélioration de la qualité (EAQ). Dans la méthodologie du collaboratif d'amélioration, les coaches ont apporté un renforcement constant du rôle de l'EAQ et de sa fonction par : une formation

Figure 9 : Proportion d'enfants de moins de 5ans ayant eu le paludisme simple confirmé et correctement traités à la CTA, Cotonou 1&4 et AZT ZS, oct 2011-juin 2012

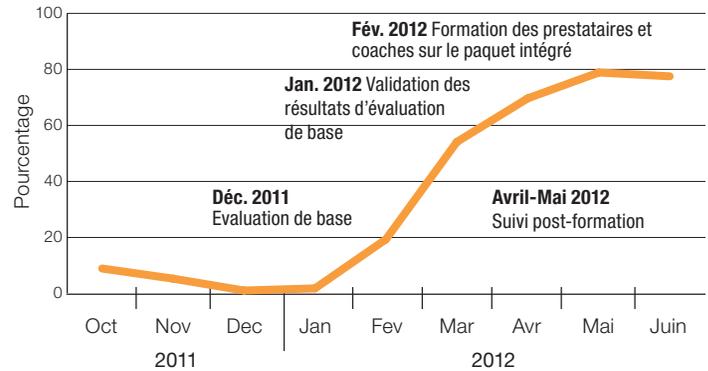


et des recyclages cliniques sur place en AQ, la vérification et l'application du suivi des données, s'attaquant à toute dynamique interpersonnelle au sein de l'équipe qui pourrait être néfaste à celle-ci, et apportant un soutien moral aux membres de l'équipe.

Les coaches avaient été initialement identifiés pour un domaine clinique correspondant aux collaboratifs. Toutefois, avec l'établissement et la mise en œuvre du paquet intégré des services de santé familiale, 83 coaches ont été recyclés pour apporter un soutien efficace au paquet intégré dans le Zou/ Collines.

En octobre 2011, le PISAF a conçu un manuel et une aide de travail pour les coaches, documentant les expériences et les leçons apprises avec son pool de coaches. Le manuel décrivait à la fois les aspects théoriques et pratiques du coaching, ainsi que le renforcement des rôles et des responsabilités des coaches ; l'aide de travail de poche rappelle aux coaches les questions et les expressions clés à utiliser avec les EAQ lors des visites de sites. Les deux outils ont été testés sur le terrain avec les coaches du PISAF et ont été distribués pour utilisation par ceux-ci.

Figure 10 : Proportion de femmes reçues en CPN chez qui les normes de dépistage en PE/E sont respectées, Cotonou 1&4 et AZT ZS, oct 2011-juin 2012



## Passage à l'échelle

En septembre 2011, le PISAF s'est vu attribuer une extension d'une année pour mettre en œuvre une série d'activités novatrices. Ce paquet comprenait le passage à l'échelle des meilleures pratiques pour le paquet intégré de santé familiale dans l'Atlantique/Littoral. Les leçons tirées de l'élaboration et de la mise en œuvre du paquet intégré dans le Zou/Collines ont été synthétisées en une série d'activités ciblées qui permettait la mise en œuvre du paquet intégré de manière plus rapide et plus efficace dans les zones de passage à l'échelle. Ce processus a été guidé par le personnel des directions centrales clés du MS, avec le soutien technique du PISAF. Le MS a pris l'initiative de la planification et de la mise en œuvre du passage à l'échelle, garantissant ainsi qu'il assurerait le passage à l'échelle dès le début. Cette appropriation par le ministère augmente les chances d'une institutionnalisation à plus long terme du paquet intégré de santé familiale et de l'utilisation connexe de l'amélioration de la qualité comme élément essentiel de la stratégie de mise en œuvre.

Les stratégies clés appliquées pour le passage à l'échelle comprenaient notamment :

- **L'apport d'une assistance technique au MS pour la formulation et l'application du plan de passage à l'échelle :**  
Le PISAF a coordonné avec le MS pour identifier les activités

clés devant être portées à l'échelle dans l'Atlantique/Littoral durant l'année d'extension, et pour formuler un plan détaillé pour parvenir aux résultats. Les activités clés comprenaient le paquet intégré, la base de données sur les ressources humaines et Medistock.

- **L'introduction du paquet intégré de santé familiale :** Le PISAF a travaillé avec les équipes de santé et les établissements des départements et des zones pour introduire rapidement les approches du PIHI et de l'AQ dans les deux zones de passage à l'échelle, sur la base des meilleures pratiques et des leçons tirées de la mise en œuvre dans le Zou/Collines. Le MS au niveau national a dirigé toutes les activités, y compris l'orientation sur les concepts d'AQ, le paquet intégré et l'élaboration du plan de travail. Un atelier en novembre 2011 pour les parties prenantes des niveaux départemental et zonal a défini une série de 24 activités pour le processus de passage à l'échelle. Des maîtres-coaches chevronnés du Zou/Collines ont participé à la formation de février 2012 destinée aux coaches et au personnel des centres de santé. En neuf mois seulement, les indicateurs de santé familiale dans les zones sanitaires de passage à l'échelle se sont considérablement améliorés. Voir les Figures 9 et 10.

## L'amélioration des services préventifs et curatifs afférents au paludisme pour les femmes et les enfants

Afin d'accroître l'accès aux services et produits afférents au paludisme, le PISAF a travaillé sur quatre points principaux :

- 1) il s'est assuré que le traitement préventif intermittent soit disponible pour les femmes enceintes dans tous les 12 départements ;
- 2) il a introduit la nouvelle politique de prise en charge des cas de paludisme dans le secteur privé ;
- 3) il s'est assuré que tous les hôpitaux publics dans les départements ciblés du Zou/Collines, Borgou/Alibori et Atlantique/Littoral soient formés sur le nouveau protocole de traitement du paludisme grave ;



Une femme enceinte prend son IPT dans un centre de santé

- 4) il a introduit la PCIME clinique dans des formations sanitaires publiques sélectionnées.

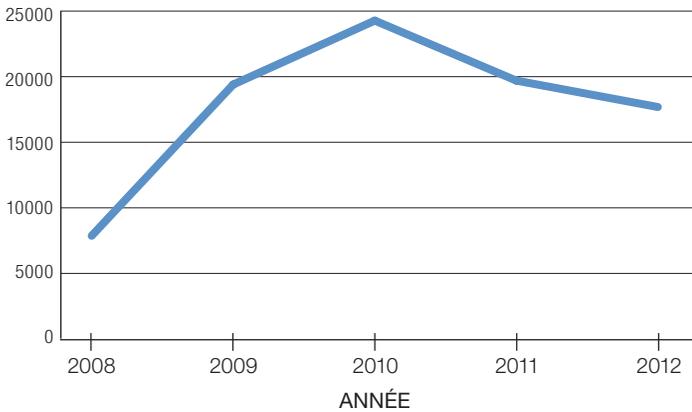
### Traitement préventif intermittent

Utilisant une évaluation rapide pour identifier les lacunes dans la fourniture du traitement préventif intermittent (TPI) pendant les consultations prénatales (CPN), le PISAF a mis au point des interventions de TPI axées sur les femmes enceintes, et a préparé un guide du facilitateur pour initier les agents de santé intervenant dans les CPN à la fourniture d'un TPI. Un total de 1 787 agents de santé qualifiés et non qualifiés, du secteur public comme du secteur privé, ont été formés sur les soins prénatals/ le traitement préventif intermittent.

### Formation sur la prise en charge des cas de paludisme pour les prestataires du secteur privé

Le secteur privé représente presque 60% des formations sanitaires au Bénin ; souvent, ces établissements ne reçoivent pas de mises à jour cliniques sur les nouvelles politiques du MS. Le PISAF a actualisé le programme de formation relatif à la prise en charge des cas de paludisme afin de refléter la politique instituée en 2008 pour la prise en charge des cas et il a préparé un manuel de formation général ainsi que des manuels pour les prestataires du secteur privé qui ciblent les infirmiers/infirmières, les médecins et les pharmaciens. Au total, 542 agents de

**Figure 11: Nombre de femmes enceintes reçues pour 2ème dose de TPI**



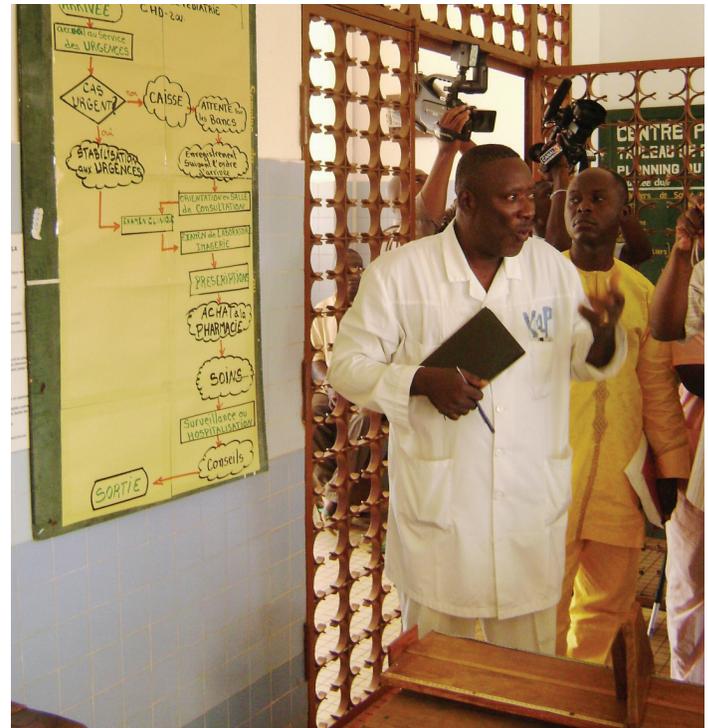
formations sanitaires privées ont reçu une formation sur le traitement des cas de paludisme simple. Un suivi post-formation a été effectué pour chaque agent de santé afin de s'assurer que les directives soient bien comprises.

## Formation en PCIME

La prise en charge des cas de paludisme est un élément essentiel de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), en particulier dans un pays comme le Bénin où le paludisme est endémique. De 2008 à 2010, le PISAF a accompagné la Direction de la santé mère-enfant pour former en PCIME clinique 288 agents de santé qualifiés de formations sanitaires publiques dans tous les départements du Bénin. Le paquet de formation consistait en une formation clinique pour les agents, et en un suivi direct post-formation pour s'assurer de l'application correcte de la formation sur le terrain.

## Triage, évaluation et traitement en rapport avec le paludisme

Les décès des enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux se produisent souvent dans les 24 heures suivant l'entrée. Nombre de ces décès, notamment ceux liés au paludisme grave, peuvent être prévenus si les enfants les plus malades sont identifiés à leur arrivée à la formation sanitaire et si un traitement est mis en route immédiatement. Avec comme but de faire baisser



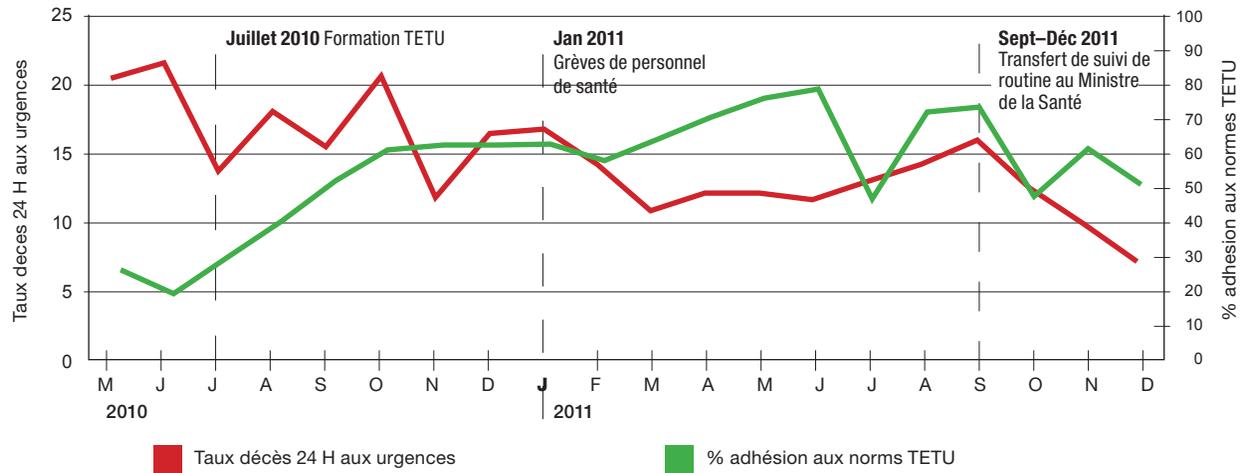
Un membre du personnel hospitalier décrit un diagramme de processus TETU

### Domaines d'amélioration initiés par les équipes d'amélioration de la qualité dans le collaboratif TETU

1. Organisation de l'hôpital
2. Renforcement des compétences
3. Renforcement de la logistique
4. Organisation des soins

le taux de mortalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans, le PISAF a collaboré avec le MS pour appliquer l'approche « tri, évaluation, traitement et urgence » (TETU). Il s'agit d'une approche systématique, efficace et intégrée, élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle précise

Figure 12. Évolution des décès dans les 24 premières heures d'admission aux urgences comparée à l'adhésion aux normes TETU dans le 12 hopitaux du collaboratif TETU, Mai 2010 to Dec 2011



les mesures essentielles pour la prise en charge à l'hôpital des enfants de moins de 5 ans atteints de maladies graves, y compris du paludisme grave. Le triage systématique et la classification dans l'une de trois catégories suivantes sont utilisés pour les enfants de moins de 5 ans à leur arrivée à l'hôpital :

- Soins urgents : Exige une prise en charge d'urgence et une stabilisation rapide
- Soins prioritaires : Exige une prise en charge prompte pour éviter que le cas devienne une urgence
- Soins de routine : Les jours du patient ne sont pas en danger, il peut donc faire la queue pour être vu par du personnel de santé.

Le PISAF a utilisé un collaboratif d'amélioration TETU pour le paludisme grave afin d'améliorer la qualité des soins aux enfants gravement malades dans 12 hôpitaux publics du Zou/Collines et du Borgou/Alibori. Les données finales ont montré qu'avec une application plus rigoureuse des normes TETU le taux de mortalité dans les 24 heures évoluait à la baisse. Pendant l'année d'extension, le TETU a été étendu à six autres hôpitaux dans l'Atlantique/Littoral. Toutefois, le coaching et la supervision ont été transférés au MS dans les 12 hôpitaux initiaux pendant

l'année d'extension, ce qui a occasionné des difficultés pour maintenir les progrès obtenus grâce au TETU (Figure 12).

Pour faciliter la formation et la mise en œuvre de l'approche TETU, le PISAF a formulé et validé des directives TETU, une aide de travail sur le paludisme grave, un programme de formation, et il a introduit des outils de coaching et de monitoring. Le PISAF a également fourni aux hôpitaux appliquant le TETU du matériel de traitement d'urgence – spécifiquement, des concentrateurs d'oxygène.

## Mutuelles

Pour rendre les soins de qualité plus accessibles financièrement aux pauvres, le PISAF a travaillé directement avec les mutuelles du Zou/Collines et de l'Alibori, ainsi qu'avec les prestataires de soins de santé et les zones sanitaires. Le PISAF a soutenu la création de nouvelles mutuelles et a fourni aux mutuelles existantes un renforcement de leurs capacités organisationnelles et managériales. Les gestionnaires ont reçu une formation sur des concepts et outils tels que: l'assurance maladie, l'organisation interne et la gestion des adhésions, les

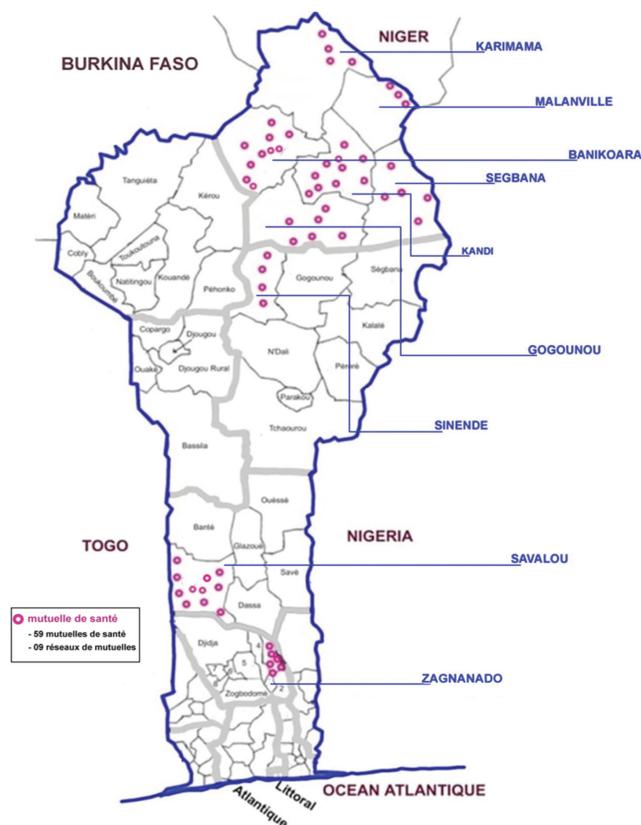
## Réussites mutuelles

- Création de 59 nouvelles mutuelles dans le Zou/ Collines et l'Alibori
- Création de 9 réseaux de mutuelles de santé dans le Zou/Collines et l'Alibori
- Un total de 29 694 bénéficiaires dont 29% étaient à jour pour leur cotisation (fin 2010)
- 5 841 bénéficiaires (19%) obtenaient des soins gratuits ou subventionnés, pour un coût moyen de 1 144 francs CFA (fin 2010)

cotisations, la fourniture de soins et les difficultés auxquelles se heurtent les membres lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins. En outre, le PISAF a accompagné l'application d'outils de gestion utiles tels que les cartes d'adhérent, un registre des bénéficiaires et un système de comptabilité financière. Le PISAF a par ailleurs facilité les rapports entre une organisation de micro-crédit (la Fédération des Caisses d'Épargne et de Crédit Agricole Mutuel (FECECAM)) et les mutuelles afin d'améliorer la capacité contributive des membres et de rendre les mutuelles plus attractives pour les nouveaux membres et les membres actuels. Le partenariat n'était pas devenu pleinement opérationnel pendant le projet, mais les bases d'un partenariat futur solide avaient été posées.

Pour renforcer la sécurité financière des mutuelles, le PISAF a encouragé la création de réseaux de mutuelles. Les neuf réseaux créés ont permis aux mutuelles de mettre en commun leurs ressources afin de renforcer leur sécurité financière et d'élargir la couverture en services de leurs membres. Pour s'assurer que les membres de mutuelles puissent recevoir des services subventionnés dans les formations sanitaires de niveau supérieur, le PISAF a plaidé pour des accords de partenariat entre les réseaux de mutuelles et les hôpitaux de zone ; et pour renforcer la relation entre les mutuelles, leurs membres et les prestataires de santé, le projet a établi 14 collaboratifs de mutuelles dans le Borgou. Ces collaboratifs se sont employés

## CARTOGRAPHIE DES INTERVENTIONS DU PISAF DANS LE DOMAINE DES MUTUELLES DE SANTE



à augmenter le nombre d'adhérents des mutuelles ; à améliorer la qualité pour les utilisateurs ; et à améliorer le paiement des cotisations. Grâce au collaboratif, le projet a pu promouvoir une collaboration entre les membres des EAQ, les prestataires de soins, les gestionnaires des mutuelles et les membres des COGEC.

Le PISAF a facilité la diffusion des études des mutuelles auprès des responsables sanitaires de zones et des parties prenantes pour attirer l'attention sur l'importance des mutuelles dans la fourniture de soins de santé au niveau communautaire. Une étude a montré que les membres des mutuelles sont de deux à six fois plus susceptibles que les non-membres d'utiliser des services curatifs dans un centre de santé, ce qui démontre

clairement que les mutuelles peuvent contribuer à améliorer l'accès à des services de santé pour leurs membres. Pour promouvoir la pérennité des mutuelles, le PISAF a travaillé en conjonction avec des responsables de zones sanitaires pour effectuer des visites de supervision et pour suivre les niveaux de performance.

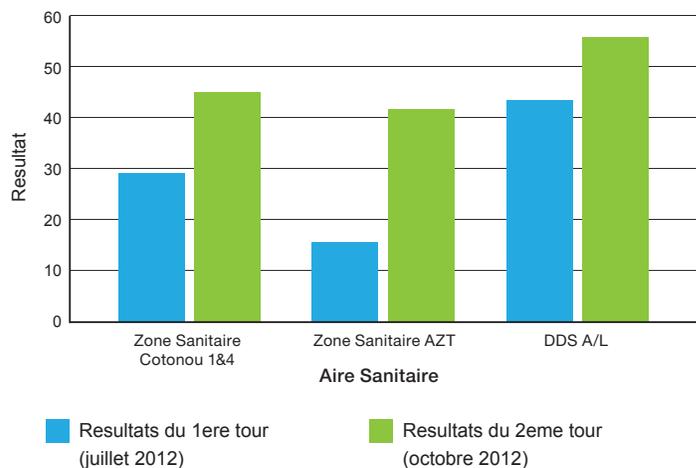
## Motivation basée sur la performance (MBP)

Pendant l'année d'extension, le PISAF a pris en charge une activité ambitieuse pour la mise en œuvre d'une stratégie de la motivation basée sur la performance dans le Zou/Collines et l'Atlantique/Littoral, mettant à profit l'expérience nationale antérieure de contractualisation liée à la performance avec l'UNICEF, la Coopération technique belge et la Banque Mondiale. En consultation avec ces partenaires d'exécution, et en collaboration avec les départements et zones sanitaires, le PISAF a élaboré des processus et des indicateurs pour mettre en œuvre la stratégie. Des indicateurs de performance ont été mis au point sur la base des critères suivants :

- Les résultats du service de santé familiale clinique
- La gestion des ressources humaines et l'approvisionnement en médicaments essentiels
- La supervision formative de routine
- L'exécution des plans d'action.

Des comités de MBP ont été mis en place dans les zones et les départements sanitaires pour faciliter la communication. La première série d'évaluations a porté sur la période allant de janvier à juin 2012. Des données ont été collectées pour les formations sanitaires, les zones et les départements du Zou/Collines et de l'Atlantique/Littoral. En fonction du niveau de progrès de chaque indicateur, qui contribuait à la « note » globale de performance, le département, la zone ou la formation sanitaire recevait un certain montant de crédits. Ces crédits pouvaient être échangés contre trois types de motivations : un soutien non financier, des dons de santé maternelle ou

**Figure 13. Evolution des resultats de la motivation basée sur la performance**



de matériel pour des articles particuliers, et des possibilités d'évolution de carrière et de formation continue.

Les résultats des évaluations pour la MBP ont été présentés dans chaque zone pendant les réunions de revue trimestrielles. La stratégie a été bien reçue par le personnel du MS du niveau zonal et du niveau départemental. Du fait que le PISAF s'est concentré sur le département sanitaire de l'Atlantique/Littoral pendant la deuxième moitié de 2012, la deuxième série de motivation (qui a évalué la performance du troisième trimestre de 2012) n'a porté que sur l'Atlantique/Littoral. L'évolution des notes pour les zones sanitaires où la stratégie était appliquée est présentée à la Figure 13.

Ce projet, qui a mis en œuvre une stratégie de la motivation basée sur la performance, a appliqué avec succès les leçons tirées d'autres essais pilotes des MBP et aux résultats au Bénin et devrait être considéré comme une approche prometteuse pour améliorer la performance du système de santé dans le pays. On trouvera à Annexe 5 une documentation plus détaillée sur l'expérience du PISAF en matière de la MBP.

## RI 3 : Demande accrue de services de santé, produits et mesures préventives

Résultat intermédiaire 3	Qu'espérons-nous accomplir ?	Principaux acquis
<p>Demande accrue de services de santé, produits et mesures préventives</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration des connaissances, pratiques et attitudes de la communauté relatives aux mesures et services de prévention</li> <li>• Promotion de l'adoption de comportements appropriés de recherche de soins de santé familiale</li> <li>• Meilleure implication de la communauté au moyen de relais communautaires (RC) et collaboration avec les organisations communautaires</li> <li>• Réalisation d'une recherche sur la mise en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration des comportements de recherche de soins et des comportements de santé au moyen de spots radio ; de troupes théâtrales communautaires ; de chansons ; et d'un counseling individuel</li> <li>• Plus de 400 000 personnes exposées à une information de santé familiale</li> <li>• Élaboration d'une série exhaustive d'aides de travail sur la SF, le SIDA/VIH, les mutuelles, les fistules, la PTME, le paludisme grave, les tests de diagnostic rapide et le coaching ; aides de travail mises à la disposition des communautés et des prestataires de soins de santé</li> <li>• Meilleure implication des RC par l'utilisation d'outils de la matrice d'évaluation et d'amélioration des RC</li> <li>• Sensibilisation accrue, identification des cas de fistules et réintégration sociale des femmes traitées en collaboration avec deux ONG</li> <li>• Distribution de 211 210 MIILD pendant la campagne nationale de lutte contre le paludisme</li> <li>• Réalisation de recherches relatives à la mise en œuvre sur une intervention axée sur les aides de travail afin d'améliorer la qualité du counseling, la compréhension des soins pour les mères et les nouveau-nés, et les facteurs qui contribuent à retenir les membres des mutuelles.</li> </ul>

Les activités du PISAF en matière de communication pour un changement de comportement étaient guidées par une stratégie exhaustive de communication pour un changement de comportement (CCC) élaborée au début du projet. Cette stratégie se fondait sur des consultations avec des acteurs communautaires, des ONG, des groupements de femmes et des partenaires de la CCC ; des informations de référence ont été collectées au moyen de l'Évaluation de la gestion du PISAF.

Les buts de la stratégie étaient les suivants :

- 1) renforcer les capacités du DDS et des partenaires en planification, coordination et évaluation des activités de CCC, et soutenir le DDS et les partenaires à cet égard ;

- 2) améliorer les connaissances techniques, la communication interpersonnelle et le counseling, ainsi que les compétences en négociation des prestataires de santé et autres acteurs ;
- 3) améliorer les comportements de santé des individus, des ménages et de la communauté en renforçant les connaissances, en encourageant des changements d'attitude positifs, et en améliorant les pratiques saines.

Le PISAF a utilisé divers supports pour mettre en œuvre la stratégie, de pair avec la formulation et la diffusion de messages, la mobilisation communautaire et le renforcement des capacités à divers niveaux de l'État et dans le cadre du secteur privé. Toutes les activités de CCC ont été menées en étroite collaboration avec les personnes-contact pour la mobilisation



Artiste de la chanson populaire traditionnelle chanson sur le SIDA à l'occasion de la Journée Mondiale du SIDA 2006 au CEG1 de Glazoué



Une troupe de théâtre traditionnelle joue une pièce de théâtre sur la planification familiale.

communautaire/la CCC aux niveaux départemental et zonal, afin de promouvoir l'institutionnalisation et le renforcement des capacités, pour aboutir ultérieurement à la création d'un service de CCC au sein du bureau départemental de la santé du Zou/Collines.

## Utilisation des médias pour promouvoir des comportements de santé familiale

Pour promouvoir des comportements sains parmi les populations les plus excentrées, le PISAF a utilisé diverses plateformes de médias comprenant notamment des stations de radio locales, des troupes théâtrales communautaires et des groupes de musique folklorique. Par la transmission de messages culturellement appropriés et spécifiques à une langue (fon, idaasha et tchabè), ces groupes ont atteint plus de 400 000 personnes pendant le projet. Pour que ces groupes puissent continuer d'incorporer des messages de santé dans leur travail après la fin du projet, le PISAF a formé trois troupes théâtrales et cinq groupes de musique folklorique dans le Zou/Collines qui créeraient des pièces et des chansons sur des thèmes de santé familiale. Ces groupes ont produit et diffusé 24 chansons populaires et 22 pièces couvrant

des thèmes de santé familiale, notamment le paludisme, la planification familiale, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, les IST/VIH/SIDA et les mutuelles.

Les troupes théâtrales communautaires et les groupes de musique folklorique ont été invités à se produire lors de grandes campagnes de sensibilisation, par exemple lors de la Journée mondiale du SIDA et la Journée mondiale du paludisme, ainsi que lors de rassemblements communautaires.

## Amélioration de la communication interpersonnelle des agents de soins de santé

La section de l'Évaluation de la gestion du PISAF consacrée à l'observation de la communication interpersonnelle (CIP) a révélé des faiblesses dans les compétences en CIP des agents de soins de santé. Les agents ont été évalués par rapport à une série de « normes » de CIP comprenant l'accueil du client, le fait de demander ou non au client s'il a des questions, etc. La planification familiale, la santé de l'enfant, les consultations post-natales ont été identifiées comme ayant les notes les plus basses. Pour augmenter la

Traitement spécifiques	Convulsions	Coma	Choc	Anémie grave	Acidose																																																																										
<p><b>1</b> Donner sel de Quinine 10mg/kg dilué en perfusion dans 20-25 ml/kg de G10 pendant 4h. Répéter quinine trois fois par jour toutes les 8 heures.</p> <p><b>2</b> Vérifier hypoglycémie- donner 1ml /kg de G 30% ou 5 ml / kg G10% (voir tableau dans colonne 3) si besoin en IVD</p> <p><b>3</b> Contrôler des signes vitaux toutes les 6 heures : pouls, température, fréquence respiratoire, tension artérielle</p> <p><b>4</b> Noter rigoureusement dans un tableau tout ce que l'enfant a pris (Liquides, aliments, médicaments) et éliminé (urines, selles, vomissements) pendant 24 heures et tous les jours</p>	<p><b>NE RIEN DONNER PER OS</b></p> <p><b>1</b> Allonger le malade la tête de côté, aspirer, oxygéner et prendre la température</p> <p><b>2</b> Administrer DIAZEPAM en IR (Phénobarbital sodique) chez l'enfant de moins de 4 semaines)</p> <p><b>3</b> Vérifier glycémie- Donner 1ml /kg de G 30% ou 5 ml /kg G10% si besoin en IVD</p> <p><b>4</b> Répéter Diazepam IR après 10 minutes si les convulsions continuent</p> <p><b>5</b> Après 10 minutes encore si les convulsions continuent, donner troisième dose de Diazepam IR ou Phénobarbital sodique (IVL)</p> <p><b>6</b> Après une dose de Phénobarbital sodique, réévaluer l'enfant si persistance des convulsions à niveau</p>	<p>(Blantyre de 0 à 3, ou EVDI = Inconscient)</p> <p><b>1</b> Allonger le malade la tête de côté, aspirer, oxygéner</p> <p><b>2</b> Donner 1ml /kg de G 30% ou 5 ml /kg G10% (voir tableau au dessous) en IVD ou par Sonde naso gastrique</p> <p><b>3</b> Vérifier glycémie après 30 min</p> <p><b>4</b> Si hypoglycémie persistante, répéter en flash G50 ou G10 à la même posologie</p>	<p>(Mains froides avec temps de recoloration &gt; 3 secondes et pouls rapide et faible)</p> <p><b>Enfant bien nourri :</b></p> <p><b>1</b> Donner du Ringer Lactate ou SS9% en flash aussi vite que possible.</p> <p><b>2</b> Administrer de l'oxygène 1 à 2 litre / min</p> <p><b>3</b> Répéter le soluté en flash Ringer Lactate ou SS9% si pas d'amélioration, jusqu'à 3 fois</p> <p><b>4</b> Si pas d'amélioration, administrer 20ml/kg de sang total en 30 minutes</p> <p><b>Enfant sévèrement malnutri :</b> (amaigrissement visible sévère ou œdème des deux pieds)</p> <p><b>1</b> Prendre et noter le pouls et la fréquence respiratoire (FR)</p> <p><b>2</b> Donner ReSoMal ou F75 par voie orale ou par sonde naso gastrique. Si enfant inconscient prendre un abord veineux et administrer le mélange moitié G 5% + moitié Lactate Ringer (ou moitié G 5% + moitié SS 9%) à raison de 15ml/kg en 1 heure</p> <p><b>3</b> Si normalisation du pouls et de la FR- chute du pouls et de la FR: Répéter le RingerSS pendant une heure, puis passer à ReSoMal ou SFO dilués de moitié à moitié la perfusion</p>	<p>- Pâleur palmaire sévère ou</p> <p>- Pâleur -Signes de décompensation ou (Hb &lt;5g/dl ou Ht &lt; 15%)</p> <p><b>1</b> Prendre et noter le pouls et la fréquence respiratoire (FR)</p> <p><b>2</b> Donner du cutot globalaire à raison de 10ml/kg ou du sang total à raison de 20ml/kg à faire passer en 2 heures.</p> <p><b>3</b> Si pouls ou FR augmentent (FR augmenté de 5/min ou le pouls de 25/min) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- arrêter la transfusion.</li> <li>- Mettre du Furosémide à raison de 1mg/kg</li> <li>- Reprendre la transfusion au bout de quelques heures après une bonne diurèse</li> <li>- si la transfusion reste inefficace toujours en anémie grave, il faut réévaluer</li> </ul>	<p>(respiration lente et profonde PH &lt; 7,30)</p> <p><b>Si Hb est &gt; 5g/dl :</b></p> <p><b>1</b> Donner 20ml/kg de sérum physiologique ou de solution glucosée isotonique en IV en 30mn</p> <p><b>2</b> Donner de l'oxygène à raison de 1 à 2 l/min</p> <p><b>3</b> Si pas d'amélioration au bout de 2 H, donner du Sérum Bicarbonate</p> <p><b>Si Hb est &lt; 5 g/dl :</b></p> <p><b>1</b> Prendre et noter le pouls et la fréquence respiratoire (FR)</p> <p><b>2</b> Donner de l'oxygène à raison de 1 à 2 l/min</p> <p><b>3</b> Donner 10ml/kg de sang total en 30mn</p> <p><b>4</b> Vérifier le pouls et la FR toutes les 15mn</p> <p><b>5</b> Si pouls et FR restent stables : Répéter cette dose de sang 1 H plus tard sans Furosémide</p> <p><b>6</b> Si pouls ou FR s'accroissent au cours de la transfusion : ralentir la transfusion pour éviter l'œdème pulmonaire</p> <p><b>7</b> Si il n'y a pas d'amélioration au bout de la 2ème transfusion, donner du sérum bicarbonate</p>																																																																										
<p><b>SUIVI :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Répéter quinine à H 8, H 16, H 24, H 32.</li> <li>• Passer à la voie orale dès que possible, mais après 24H de perfusion</li> <li>- Quinine orale 10mg/kg toutes les 8 heures pour terminer les 7 jours.</li> <li>• Répéter la parasitémie à J3 d'admission. Répéter à J7 et J14 si possible.</li> </ul> <p><b>Exemple:</b> première dose pour enfant de 7kg = donner 70mg de quinine ajouté à 150 – 175 ml de G10 pendant 4h</p> <p>En cas de quinine base donner 8 mg/kg</p>	<p><b>DIAZEPAM</b> (solution à 10mg/2ml)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Age ou poids</th> <th>Posologie (Répéter 1-2ml d'eau distillée)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4 semaines – 2 mois (&lt;4 kgs)</td> <td>0,3 ml</td> </tr> <tr> <td>2 mois à &lt; 4 mois (4 à 6 kgs)</td> <td>0,5 ml</td> </tr> <tr> <td>4 mois à &lt; 12 mois (6 à 10 kgs)</td> <td>1,0 ml</td> </tr> <tr> <td>12 mois à &lt; 3 ans (10 à 14 kgs)</td> <td>1,25 ml</td> </tr> <tr> <td>3 ans à &lt; 5 ans (14 à 19 kgs)</td> <td>1,5 ml</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>PHENOBARBITAL SODIQUE EN IVL</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Age</th> <th>Posologie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nouveau-né</td> <td>20 mg/Kg</td> </tr> <tr> <td>1 à 30 mois</td> <td>15 mg/Kg</td> </tr> <tr> <td>31 mois à 6 ans</td> <td>10 mg/Kg</td> </tr> <tr> <td>Au-delà de 6 ans</td> <td>5 mg/Kg</td> </tr> </tbody> </table>	Age ou poids	Posologie (Répéter 1-2ml d'eau distillée)	4 semaines – 2 mois (<4 kgs)	0,3 ml	2 mois à < 4 mois (4 à 6 kgs)	0,5 ml	4 mois à < 12 mois (6 à 10 kgs)	1,0 ml	12 mois à < 3 ans (10 à 14 kgs)	1,25 ml	3 ans à < 5 ans (14 à 19 kgs)	1,5 ml	Age	Posologie	Nouveau-né	20 mg/Kg	1 à 30 mois	15 mg/Kg	31 mois à 6 ans	10 mg/Kg	Au-delà de 6 ans	5 mg/Kg	<p><b>G10 EN BOLUS</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Age ou poids</th> <th>Volume de G10 (5ml/Kg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moins de 2 ans (&lt;4 kgs)</td> <td>15 ml</td> </tr> <tr> <td>2 mois à &lt; 4 mois (4 à 6 kgs)</td> <td>25 ml</td> </tr> <tr> <td>4 mois à &lt; 12 mois (6 à 10 kgs)</td> <td>40 ml</td> </tr> <tr> <td>1 an à &lt; 3 ans (10 à 14 kgs)</td> <td>60 ml</td> </tr> <tr> <td>3 ans à &lt; 5 ans (14 à 19 kgs)</td> <td>80 ml</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>DEFINITION HYPOGLYCEMIE</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Etat Nutritionnel</th> <th>Définition Hypoglycémie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfant bien nourri</td> <td>&lt; 0,45 mg/dl ou 2,5 mmol/l</td> </tr> <tr> <td>Enfant sévèrement malnutri</td> <td>&lt; 0,55 g/l ou 3 mmol/l G10</td> </tr> </tbody> </table>	Age ou poids	Volume de G10 (5ml/Kg)	Moins de 2 ans (<4 kgs)	15 ml	2 mois à < 4 mois (4 à 6 kgs)	25 ml	4 mois à < 12 mois (6 à 10 kgs)	40 ml	1 an à < 3 ans (10 à 14 kgs)	60 ml	3 ans à < 5 ans (14 à 19 kgs)	80 ml	Etat Nutritionnel	Définition Hypoglycémie	Enfant bien nourri	< 0,45 mg/dl ou 2,5 mmol/l	Enfant sévèrement malnutri	< 0,55 g/l ou 3 mmol/l G10	<p><b>BOLUS RINGER</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Age/poids</th> <th>Volume de Ringer Lactate ou de SS 9% (20ml/Kg) en BOLUS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moins de 2 ans (&lt; 4 kgs)</td> <td>75ml</td> </tr> <tr> <td>2 mois à &lt; 4 mois (4 à 6 kgs)</td> <td>100ml</td> </tr> <tr> <td>4 mois à &lt; 12 mois (6 à 10 kgs)</td> <td>150ml</td> </tr> <tr> <td>1 an à &lt; 3 ans (10 à 14 kgs)</td> <td>250ml</td> </tr> <tr> <td>3 ans à &lt; 5 ans (14 à 19 kgs)</td> <td>350ml</td> </tr> </tbody> </table>	Age/poids	Volume de Ringer Lactate ou de SS 9% (20ml/Kg) en BOLUS	Moins de 2 ans (< 4 kgs)	75ml	2 mois à < 4 mois (4 à 6 kgs)	100ml	4 mois à < 12 mois (6 à 10 kgs)	150ml	1 an à < 3 ans (10 à 14 kgs)	250ml	3 ans à < 5 ans (14 à 19 kgs)	350ml	<p><b>MELANGE RINGER ET G5</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Poids</th> <th>Mélange ½ G5% + ½ RL (ou ½ G5% + ½ SS 9%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4 Kgs</td> <td>60 ml</td> </tr> <tr> <td>6 Kgs</td> <td>90 ml</td> </tr> <tr> <td>8 Kgs</td> <td>120 ml</td> </tr> <tr> <td>10 Kgs</td> <td>150 ml</td> </tr> <tr> <td>12 Kgs</td> <td>180 ml</td> </tr> <tr> <td>14 Kgs</td> <td>210 ml</td> </tr> <tr> <td>16 Kgs</td> <td>240 ml</td> </tr> <tr> <td>18 Kgs</td> <td>270 ml</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Défaillance cardiaque = pouls rapide, respiration rapide, rythme de galop, souffle cardiaque, râles crépitants aux bases des poumons, hépatomégalie palpable, augmentation de la pression de la veine jugulaire</b></p>	Poids	Mélange ½ G5% + ½ RL (ou ½ G5% + ½ SS 9%)	4 Kgs	60 ml	6 Kgs	90 ml	8 Kgs	120 ml	10 Kgs	150 ml	12 Kgs	180 ml	14 Kgs	210 ml	16 Kgs	240 ml	18 Kgs	270 ml	<p><b>SÉRUM BICARBONATE</b></p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>SB 42%</td> <td>2 à 3 cc/Kg</td> </tr> <tr> <td>SB 14%</td> <td>5 cc/Kg</td> </tr> </tbody> </table>	SB 42%	2 à 3 cc/Kg	SB 14%	5 cc/Kg
Age ou poids	Posologie (Répéter 1-2ml d'eau distillée)																																																																														
4 semaines – 2 mois (<4 kgs)	0,3 ml																																																																														
2 mois à < 4 mois (4 à 6 kgs)	0,5 ml																																																																														
4 mois à < 12 mois (6 à 10 kgs)	1,0 ml																																																																														
12 mois à < 3 ans (10 à 14 kgs)	1,25 ml																																																																														
3 ans à < 5 ans (14 à 19 kgs)	1,5 ml																																																																														
Age	Posologie																																																																														
Nouveau-né	20 mg/Kg																																																																														
1 à 30 mois	15 mg/Kg																																																																														
31 mois à 6 ans	10 mg/Kg																																																																														
Au-delà de 6 ans	5 mg/Kg																																																																														
Age ou poids	Volume de G10 (5ml/Kg)																																																																														
Moins de 2 ans (<4 kgs)	15 ml																																																																														
2 mois à < 4 mois (4 à 6 kgs)	25 ml																																																																														
4 mois à < 12 mois (6 à 10 kgs)	40 ml																																																																														
1 an à < 3 ans (10 à 14 kgs)	60 ml																																																																														
3 ans à < 5 ans (14 à 19 kgs)	80 ml																																																																														
Etat Nutritionnel	Définition Hypoglycémie																																																																														
Enfant bien nourri	< 0,45 mg/dl ou 2,5 mmol/l																																																																														
Enfant sévèrement malnutri	< 0,55 g/l ou 3 mmol/l G10																																																																														
Age/poids	Volume de Ringer Lactate ou de SS 9% (20ml/Kg) en BOLUS																																																																														
Moins de 2 ans (< 4 kgs)	75ml																																																																														
2 mois à < 4 mois (4 à 6 kgs)	100ml																																																																														
4 mois à < 12 mois (6 à 10 kgs)	150ml																																																																														
1 an à < 3 ans (10 à 14 kgs)	250ml																																																																														
3 ans à < 5 ans (14 à 19 kgs)	350ml																																																																														
Poids	Mélange ½ G5% + ½ RL (ou ½ G5% + ½ SS 9%)																																																																														
4 Kgs	60 ml																																																																														
6 Kgs	90 ml																																																																														
8 Kgs	120 ml																																																																														
10 Kgs	150 ml																																																																														
12 Kgs	180 ml																																																																														
14 Kgs	210 ml																																																																														
16 Kgs	240 ml																																																																														
18 Kgs	270 ml																																																																														
SB 42%	2 à 3 cc/Kg																																																																														
SB 14%	5 cc/Kg																																																																														

Aide-travail de la Prise en Charge du palu grave chez les enfants de moins de 5 ans.

demande de services de santé, le PISAF a mis l'accent sur l'amélioration des compétences des agents de soins de santé en CIP, ainsi que sur l'inclusion des normes de CIP dans la formation et la supervision des agents de santé. Alors que la formation en CIP avait été initialement dispensée comme formation distincte, elle fut ultérieurement intégrée à la formation plus large du paquet intégré. Des agents de santé à la fois du secteur public et du secteur privé ont été formés, et le personnel du PISAF a fourni un suivi post-formation pour s'assurer que les messages de communication clés étaient intégrés au travail de tous les jours.

## Élaboration d'outils et d'aides de travail

L'évaluation de la gestion du PISAF a mis en évidence de nombreuses lacunes dans les connaissances, attitudes et pratiques parmi les prestataires de soins et leurs clients. Pour compléter les activités en cours de renforcement des capacités, le PISAF a conçu, produit et diffusé des supports d'information, éducation et communication (IEC) et des supports de CCC, par exemple des prospectus, des brochures, des cartes de counseling et des aides de travail. Ces outils ont :

- 1) accompagné les prestataires du niveau communautaire et du niveau des établissements dans la prestation d'un counseling et de services ;



**Tableau 1. Synthèse des activités des relais communautaires, par zone sanitaire (2010)**

Zones sanitaires du Zou/Collines :	Dagla	Sao	Saba	Cozo	TOTALS
Nombre de cas référés par des RC	149	97	14	158	418
Nombre de CTA vendues par des RC	11,432	1,626	1,416	1,269	15,743
Nombre de groupes de discussion mensuels organisés par des RC	459	250	1,682	540	2,931
Nombre de femmes qui ont été sensibilisées par des RC au moyen de séances éducatives	5,646	2,143	20,596	5,063	33,448
Nombre de femmes qui ont été sensibilisées par des RC au moyen de visites à domicile	2,124	1,034	4,860	1,645	9,663

d'accompagnement aboutit à une performance bien meilleure des agents de santé avec les TDR. Cette démarche conduit ensuite à une sensibilité et une spécificité meilleures des tests.

À la suite de visites à des centres de santé et à des hôpitaux dans le Zou/Collines, et après des discussions avec des prestataires de santé qui ont mis en évidence certaines incohérences dans l'utilisation et l'interprétation des TDR, le PISAF a traduit en français l'aide de travail et l'a adaptée à l'intention des prestataires de soins au Bénin. Cette aide de travail a ensuite été diffusée et utilisée pour accompagner la formation des prestataires de soins dans l'utilisation correcte et exacte des TDR.

### Éducation sur les fistules

Dans le cadre de son travail pour identifier, traiter et prévenir les cas de fistules obstétricales, le PISAF a produit une brochure pour éduquer les membres de la communauté au sujet des fistules, pour définir cette pathologie, en décrire les causes et les mesures de prévention essentielles. Les messages clés rappellent aux lecteurs qu'ils doivent : 1) s'assurer que les femmes enceintes reçoivent régulièrement des soins prénatals d'un prestataire formé et cherchent immédiatement à obtenir des soins en cas de travail d'accouchement prolongé ; et 2) soutenir et non rejeter les femmes ayant une fistule, une pathologie qui est guérissable. Le PISAF a testé sur le terrain la brochure pour s'assurer qu'elle était facile à comprendre et qu'elle faisait bien passer tous les messages clés pour

le contexte local. Le PISAF et deux ONG locales, ALDIPE (Association de Lutte pour un Développement Intégré et pour la Protection de l'Environnement) et BACAR (Bureau d'Appui-Conseils d'Afrique pour les Réalisations) ont distribué ces brochures pendant des séances d'éducation communautaire et ont fourni des copies à des formations sanitaires et des relais communautaires. Grâce à un travail soutenu avec cet outil, 103 femmes au total ont été identifiées, 85 ont été traitées et 66 ont été opérées avec succès de leur fistule.

### Formation et équipement des relais communautaires (RC)

Dans le cadre de son effort pour améliorer l'accès à des services de soins de santé au niveau communautaire, le PISAF a travaillé en étroite collaboration avec les leaders communautaires et les parties prenantes pour identifier et former 145 relais communautaires dans le Zou/Collines. Ces RC desservent une population d'environ 361 528 personnes – dont 65 075 sont des enfants de moins de 5 ans et dont 86 767 sont des femmes en âge de procréer. Bien qu'il n'y ait pas eu initialement de paquet défini de services que les RC puissent dispenser, une collaboration avec le MS, l'USAID, l'UNICEF, Africare et Population Services International a permis Le PISAF a fourni une formation aux RC de ces zones sur les thèmes suivants : 1) la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire, notamment la prise en



Animation sur l'utilisation de moustiquaire

charge du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie ; 2) les soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE) au niveau communautaire, notamment les signes de danger chez les femmes enceintes, les femmes en train d'accoucher et les nouveau-nés ; 3) les approches et les outils d'IEC/CCC pour promouvoir des comportements positifs de santé familiale ; et 4) la collecte et la gestion de données.

Le PISAF a également doté les RC de kits comprenant des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MIILD), du Coartem, de l'Orasel/Zinc, des condoms, du paracétamol et des pilules contraceptives orales. Les RC ont participé à des campagnes de sensibilisation et ont fourni un counseling individuel, de même qu'un counseling en groupe à des mères et des jeunes. Une histoire de succès sur l'impact de PISAF sur un RC se trouve en Annexe 5.

Le PISAF a soutenu les responsables de postes de santé et les personnes-contact de chaque zone sanitaire dans la réalisation de visites de supervision à chacun des RC au moins une fois par trimestre. Le personnel du PISAF a souvent accompagné les superviseurs ou a effectué ses propres visites à des RC pour aider à surmonter toute difficulté afférente aux outils et aux registres, et pour passer en revue les activités effectuées. Ces visites de supervision ont apporté aux RC le feed-back nécessaire pour améliorer leur travail. Par exemple, en 2010, les



Chef Poste d'Aklampa CS réagit aux soucis de la population

agents de santé ont effectué 204 visites de supervision de RC ; les principaux résultats de ces visites sont mis en évidence dans le Tableau 1.

En 2010, le PISAF, en collaboration avec le Projet d'Amélioration des Soins de santé (HCI) financé par l'USAID, a testé à titre pilote une Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des relais communautaires (MEAP RC) dans trois zones sanitaires du Zou/Collines. Cet outil examine le système des RC dans son ensemble et implique les acteurs aux niveaux des communautés, des formations sanitaires et des zones sanitaires. L'outil évalue la participation de la communauté, la motivation, les médicaments et les fournitures, la supervision, les références, les rapports et la durabilité pour permettre une meilleure fonctionnalité du système des RC. Le PISAF et le DDS du Zou/Collines ont discuté des résultats de l'évaluation, ont fixé des priorités sur la base des conclusions et ont formulé des plans d'action ciblés.

Le travail du PISAF dans la mise au point d'un paquet de services pour les RC, ainsi qu'en matière de supervision des RC, a contribué à l'élaboration de Directives nationales pour la promotion de la santé communautaire, qui pour la première fois définissaient clairement un paquet de services de santé devant être fourni par les RC et des directives pour la supervision des RC et leur motivation.

## Sensibilisation communautaire accrue au sujet de la prévention et du traitement des fistules

Les fistules obstétricales (un canal anormal entre la paroi vaginale et un organe interne tel que la vessie ou le rectum), une pathologie sérieuse mais traitable pouvant résulter d'un accouchement prolongé, sont sous-déclarées et sous-traitées dans la partie centrale du Bénin. Le PISAF a travaillé en partenariat avec deux ONG locales – ALDIPE et BACAR – sur la prévention des fistules et l'amélioration des résultats des cas de fistules dans le Zou/Collines. Les activités en rapport avec les fistules obstétricales, qui se sont déroulées de 2011 jusqu'à la fin de 2012, avaient deux objectifs majeurs : 1) éduquer les agents de santé et le public au sujet des fistules, de leur prévention et de leur traitement ; et 2) fournir un traitement et un soutien complets aux femmes porteuses d'une fistule, permettant leur réinsertion dans la société.

Par le biais d'ALDIPE et BACAR, le PISAF a financé et suivi la formation des RC sur le dépistage et la prévention des fistules, l'éducation du public, l'identification des cas et le soutien social aux femmes et à leur famille, avant et après le traitement.

ALDIPE et BACAR ont travaillé avec le Coordinateur médical régional du MS pour sélectionner les communautés du Zou/Collines qui recevraient une éducation ciblée sur les fistules, et ont coordonné leurs efforts avec ceux des RC et des prestataires de soins de santé déjà formés sur les fistules en vue de l'organisation d'événements. Au moyen de 858 réunions communautaires, les ONG ont éduqué le public en général au sujet des fistules, de leur traitement et de leur prévention. Un volet essentiel de ces réunions était une discussion sur les fistules en tant que pathologie traitable et sur le soutien important dont ont besoin les femmes porteuses d'une fistule de la part de leur famille et de leur communauté, tant avant qu'après le traitement. Pendant les réunions, il a été demandé aux membres de la communauté de signaler à un RC ou à une formation sanitaire tout cas de fistule, de sorte que le PISAF puisse faciliter le traitement pour les femmes.

### Principales activités afférentes aux fistules

1. Établissement d'un partenariat avec deux ONG locales pour soutenir des activités au niveau communautaire
2. Formation de prestataires de soins et de relais communautaires pour identifier les femmes porteuses d'une fistule et pour les informer des options de traitement
3. Publication d'une brochure pour une meilleure compréhension des fistules et de la manière dont on peut les prévenir
4. Éducation du public sur les fistules, leur prévention et leur traitement
5. Identification des cas existants de fistules et coordination des traitements
6. Soutien à l'insertion sociale et économique des femmes dont le traitement a réussi.

Des sessions d'éducation ciblées ont eu lieu avec des responsables religieux et des leaders d'opinion, des sages-femmes traditionnelles, des leaders de groupes de femmes, des directeurs de troupes théâtrales et des animateurs d'émissions de radio pour faire un plaidoyer sur la prévention et le traitement de la pathologie. ALDIPE a travaillé avec des stations de radio pour produire huit spots radio sur les fistules ; ils ont été traduits en quatre langues locales pour contribuer à leur bonne diffusion.

ALDIPE et BACAR ont travaillé également avec les formations sanitaires et les RC pour s'assurer qu'ils soient notifiés de tous les cas de fistules positivement dépistés qui étaient ensuite rapportés au PISAF. Lorsque le PISAF a commencé son travail sur les fistules, seuls quelques hôpitaux de référence de haut niveau au Bénin étaient équipés pour faire des opérations de réparation des fistules. Le PISAF a travaillé avec le Fonds des Nations Unies pour la population afin de déterminer quels autres hôpitaux étaient capables d'exécuter cette intervention. Initialement, les femmes étaient orientées sur trois hôpitaux de référence du nord du pays qui disposaient des compétences techniques et de l'équipement nécessaires pour effectuer les



Membres d'un groupement des femmes regardent une pièce de théâtre sur la planification familiale, Journée Internationale de la Femme, 2011

réparations. En 2012, le départ de personnel expérimenté dans les réparations de fistules et un manque de ressources dans ces hôpitaux ont entraîné une accumulation des cas en attente d'un traitement. Après consultation avec le FNUAP, on a déterminé que les femmes qui attendaient encore une intervention pouvaient être opérées au Centre national hospitalier universitaire de Cotonou. En décembre 2012, le Centre national hospitalier universitaire de Cotonou était le seul hôpital du Bénin pouvant offrir une chirurgie de réparation de fistules.

Au total, les efforts du PISAF en coordination avec les ONG ont permis l'identification de 103 femmes porteuses d'une fistule, le traitement de 85 d'entre elles et 66 opérations réussies. Les 19 femmes dont la chirurgie initiale avait échoué ont été référées pour une chirurgie et des méthodes de traitement plus spécialisées. Pour plus de détails concernant le travail du PISAF sur les fistules, se reporter à l'Annexe 5.

## Soutien à l'égalité des genres

Le soutien à l'égalité des genres est une constante qui sous-tend toutes les approches du PISAF. En particulier, lors de l'identification et du recrutement de RC et de membres de COGEC, on s'efforçait tout particulièrement de

travailler avec les collectivités locales pour identifier des femmes candidates qualifiées qu'on aurait pu manquer initialement. Les comités exécutifs des COGEC avaient trois membres : un président, un secrétaire et un trésorier. Le PISAF s'est employé à ce qu'au moins l'un de ces membres soit une femme. Malgré les critères requis pour les membres des comités exécutifs, les résultats ont été bien. En 2007, 42% des COGEC dans la zone géographique du PISAF avaient au moins une femme membre ; en 2011, ce pourcentage était de 47%.

En préparation à la mise en œuvre de la PCIME et des SONE communautaires, le PISAF a travaillé étroitement avec les communautés pour faire connaître les rôles et les responsabilités des RC. Au moyen de réunions communautaires et d'un plaidoyer auprès des dirigeants communautaires, le PISAF a plaidé pour l'inclusion d'un nombre égal de RC femmes et hommes. Malgré ces efforts, 16% seulement des RC identifiés étaient des femmes, ce qui représentait malgré tout un progrès majeur par rapport aux cohortes antérieures qui ne comprenaient aucune femme RC.

Le PISAF a participé à la célébration annuelle de la Journée de la femme, le 8 mars de chaque année, avec divers événements et sessions éducatives de promotion de la santé et du bien-être des femmes au Bénin. En 2011, plus de 500 personnes ont assisté à une célébration qui a duré toute la journée avec des discours liminaires du MS et du Ministère de la famille consacrés à la condition féminine, notamment à la violence sexospécifique et à l'importance de la participation des femmes aux décisions en rapport avec la santé familiale, en particulier la planification familiale. Entre autres activités, on peut citer une pièce jouée par une troupe théâtrale locale, suivie d'un débat qui a fait ressortir ces thèmes, montrant le lien qui existe entre pauvreté et faim, et santé et planification familiale. Il y eu également une foire de la santé qui proposait un counseling privé gratuit en planification familiale.

En 2011, le bureau de l'USAID pour l'égalité des genres et l'habilitation des femmes a publié des indicateurs de performance provisoires. Pour accompagner l'introduction de ces indicateurs au Bénin et pour obtenir une valeur de référence,



PISAF a organisé un pilotage de la distribution des MILD aux Zou/Collines.

l'équipe du PISAF a mis à l'essai un de ces indicateurs : « Proportion de la population cible rapportant une plus grande entente sur le concept que les hommes et les femmes devraient avoir un accès égal aux opportunités sociales, économiques et politiques ». Le questionnaire a été testé sur le terrain en français et en fon, et une fois validé, il a été administré à un échantillon de commodité constitué de clients, de personnel de centres de santé et de personnel en formation. Pour de plus amples renseignements et pour davantage de résultats, voir l'Annexe 5.

## Sensibilisation accrue au paludisme et à l'utilisation de moustiquaires

Le paludisme est l'une des causes principales de décès chez les enfants de moins de 5 ans au Bénin. Selon les données de l'EDS de 2006, seulement 33% des enfants de moins de 5 ans et 32% des femmes enceintes avaient dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente. En octobre 2007, le PISAF a joué un rôle majeur en soutenant une campagne nationale de distribution de moustiquaires sous l'égide du MS, avec un objectif de couverture de 80% des enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée (MILD). En préparation à une distribution à l'échelle nationale,

le PISAF a organisé une distribution à titre pilote dans les zones sanitaires du Zou/Collines. L'essai a démontré qu'il y avait Le PISAF a encouragé une solide collaboration entre les parties prenantes nationales et locales, notamment le Ministère des affaires sociales, le Ministère de la défense, les chefs de village, les leaders traditionnels, et a mobilisé des ressources communautaires et des acteurs pour distribuer 211 210 MILD dans six zones sanitaires du Zou/Collines au moyen de 720 points de distribution. À chacun de ces points, des agents de santé formés ont montré aux femmes comment utiliser et pendre une moustiquaire et ils ont expliqué les avantages de l'utilisation des moustiquaires. Pour renforcer la sensibilisation au paludisme, le PISAF a mené simultanément des activités de CCC : des troupes théâtrales communautaires, formées à l'élaboration de messages de santé appropriés au moyen de jeux de rôles, ont présenté des pièces dans toute la région, dans des lieux publics et sur des places. Les pièces étaient suivies d'une discussion éducative interactive durant laquelle on demandait aux participants de partager les leçons qu'ils avaient retirées des spectacles. On leur a demandé également comment ils pourraient incorporer ces leçons dans leur vie de tous les jours.

Le PISAF a par ailleurs travaillé avec les stations de radio locales et avec des personnages publics tels que des crieurs publics, pour annoncer la campagne des moustiquaires. Dans une petite enquête (un échantillon de 28 mères) effectuée pendant des visites de supervision, 68% des mères interrogées citaient les crieurs publics comme leur source principale d'information au sujet de la campagne, tandis que 39% citaient les messages à la radio. On a demandé aussi aux mères d'expliquer quelle était, à leur connaissance, le but de l'utilisation des moustiquaires. Parmi les 20 mères ayant répondu, toutes comprenaient que les moustiquaires étaient destinées aux enfants de moins de 5 ans pour les protéger contre les piqûres de moustiques. La deuxième Évaluation de la gestion du PISAF, réalisée en 2010, a montré que le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire était de 98% (Zou) et de 96% (Collines) – une augmentation significative par rapport aux données de l'EDS de 2006 qui avait trouvé des taux de seulement 25% (Zou) et de 24% (Collines).



Femme mutualiste bénéficiant des prestations de soins pour son enfant malade

## Recherche sur la mise en œuvre

### *Est-ce que l'utilisation des aides de travail améliore la qualité du counseling des agents de santé ?*

Avec comme objectif de renforcer les compétences des agents qualifiés et non qualifiés, le PISAF a effectué une étude sur la façon d'introduire des cartes de counseling relatives aux soins dispensés aux mères et aux nouveau-nés dans 14 centres de maternité du Zou/Collines. L'étude a évalué les messages sur les soins aux mères et aux nouveau-nés et les compétences en communication interpersonnelle des sages-femmes/des infirmières-chef des centres de maternité et des aides-infirmières de sept sites d'intervention. Toutes les

**Que gagne t-on en adhérant à une mutuelle de santé ?**

Nous bénéficions de nombreux avantages en adhérant à une mutuelle de santé. Elle permet de :

- garantir la santé à tous les membres de la famille : lorsqu'un enfant est malade ou lorsqu'une femme veut accoucher, la famille va payer au centre de santé peu d'argent ;
- aider les frères ou sœurs (membres de la mutuelle) à aller aux soins en cas de maladie avec l'argent que tous les membres ont cotisé au nom de la solidarité ;
- se rendre vite à ses soins sans attendre que la maladie ne se complique ;
- grâce à la mutuelle, la famille ne va plus penser trop à la recherche de l'argent en cas de maladie. La famille ne va plus s'endetter ni vendre les intrants agricoles ou son champ de maïs en cas de maladie ;
- la gestation est plus sereine et plus rapide parce que l'agent de santé pourra faire un traitement complet et correct ;

**Quelles sont les prestations offertes par une mutuelle de santé ?**

Tous les soins que le centre de santé peut offrir sont pris en charge par la mutuelle (curatifs enfants, adultes, consultations pré natale et post-natale, accouchement, médicaments, etc.)

Les urgences, maladies graves ou compliquées qui sont évacuées à l'hôpital de zone sont prises en charge par ce que nous appelons "soins" ou "soins des mutuelles" cotisés par l'ensemble des mutualistes de santé d'une commune, car le coût de ces soins est plus cher et une seule mutuelle ne peut pas y faire face.

*Pour toute information, veuillez contacter le personnel du centre de santé de votre localité*

**Quelques témoignages positifs des adhérents de mutuelles de santé**

*« Les difficultés d'accès aux soins de santé et la cherté des ordonnances sont les raisons qui nous ont poussés à créer cette mutuelle »*

*« Je suis membre de la mutuelle par manque de moyens financiers surtout pendant les périodes de soudure, pour mieux gérer mon état de santé et celui de ma famille »*

**Ma prière de mutualiste**

**Je formule le vœu :**

- De continuer régulièrement ; la cotisation étant la sève de la mutuelle
- De n'avoir jamais besoin de solliciter la couverture de la mutuelle ni pour moi ni pour les membres de ma famille
- De participer par ma contribution au financement de la santé des autres mutualistes qui en ont besoin.

*Anassé Gbéyè, Fagbè*

**Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF)**  
BP 420 BOHICON Rep. du BENIN  
Tel.: +229 22511884 / 95500064  
Fax: +229 22510580  
E-mail: pisaf@ars-benin.com

**Mutuelle de santé au Bénin**

**Pourquoi?  
Pour qui?  
Comment?**

**Faciliter l'accès de tous aux soins de santé de qualité à moindre coût**

*Projet Intégré de Santé Familiale au Bénin*

Dépliants sur les Mutuelles, développé par PISAF

sages-femmes/infirmières des sites d'intervention avaient eu une formation sur l'utilisation des cartes de counseling, sur la communication interpersonnelle et l'amélioration de la qualité. La formation avait compris des jeux de rôles et une instruction didactique avec les supports écrits disponibles, tels qu'un guide de référence. Les sages-femmes et les infirmières des sept sites témoin n'avaient reçu aucune formation. Des évaluations ont eu lieu avant et après la formation au moyen de méthodes qui ont compris l'observation directe de séances de counseling prénatal, des entretiens avec des patientes à la sortie et des entretiens avec des prestataires.

L'étude a montré que le pourcentage moyen des messages recommandés fournis aux femmes enceintes – sur les thèmes de la préparation à la naissance, de la reconnaissance des signes de danger, de l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et des soins au nouveau-né – augmentait considérablement pour le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin.

La proportion de femmes qui sortaient de leur visite de soins prénatals avec des connaissances correctes au sujet de la préparation à la naissance, de la reconnaissance des signes

de danger et de l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène s'améliorait sensiblement à l'issue de la formation sur l'aide de travail. Les aides de travail étaient perçues de manière positive par les prestataires et par les femmes enceintes, même s'il subsistait des contraintes de temps pour les agents de santé qui avaient d'autres responsabilités cliniques. Sur la base de ces conclusions, le PISAF a renouvelé son engagement à élaborer des aides de travail de qualité et à les incorporer dans les activités du projet PISAF.

### ***Quels facteurs contribuent à retenir les membres de mutuelles ?***

Tout en encourageant des politiques qui favorisent la professionnalisation des mutuelles au niveau central, le PISAF a œuvré au niveau communautaire pour une augmentation des adhésions aux mutuelles. Le PISAF a effectué une étude de 12 mutuelles pour comprendre les facteurs qui contribuent à la rétention des membres ou à leur départ. Utilisant ces résultats, le personnel technique a élaboré des stratégies et des activités de communication sur les avantages des mutuelles des points de vue économique et sanitaire. Une brochure a été préparée pour mieux faire connaître les 42 mutuelles du Borgou/Alibori afin qu'elles conservent leurs membres actuels et qu'elles en attirent de nouveaux.

### **Facteurs associés à la rétention des membres**

1. Obtention de soins à temps
2. Prise en charge effective en cas de maladie
3. Satisfaction des attentes des mutualistes
4. Dépenses moindres en cas de maladie
5. Appartenance à un groupe de solidarité

### **Facteurs associés au départ des membres**

1. Manque de moyens financiers/pauvreté
2. Mauvaise compréhension des principes d'entraide et de solidarité, bases des mutuelles
3. Absence de culture de prévoyance
4. Faible qualité d'un paquet limité de soins dans les formations sanitaires
5. Crises de confiance entre responsables et membres
6. Bénévolat des responsables de mutuelles
7. Faible implication des élus et leaders locaux

## Leçons apprises et recommandations

Sur une période de six ans, le PISAF a obtenu des percées et des résultats importants. Des difficultés se sont présentées, des solutions ont été élaborées et mises en œuvre, des leçons ont été apprises et de nouvelles opportunités ont été identifiées.

Défis	Solutions du PISAF
Roulement fréquent du personnel, au niveau du Directeur régional, ainsi qu'à celui des formations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'est attaché en permanence à établir des relations avec le nouveau Directeur régional de la santé et à le faire participer à tous les aspects du projet</li> <li>• Organisation de formations de recyclage clinique périodiques pour le nouveau personnel</li> <li>• Utilisation du coaching comme moyen d'encourager le travail en équipe dans les formations sanitaires et de s'assurer que le personnel nouvellement affecté apprenait les procédures et les protocoles améliorés</li> <li>• Utilisation du logiciel pour la gestion des ressources humaines au niveau du district de santé pour permettre un meilleur suivi de la formation et des compétences du personnel</li> <li>• S'est assuré que chaque poste comporte une description de tâches claire et que chaque formation sanitaire ait une liste claire de postes afin de faciliter un remplacement rapide (le cas échéant) par du personnel qualifié</li> </ul>
Nécessité de davantage de leadership et de travail en équipe à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion de la planification ascendante comme moyen d'encourager les différents niveaux du système de santé à travailler ensemble</li> <li>• S'est assuré que les activités du projet soient intégrées aux plans de travail réguliers pour le niveau régional et pour celui des districts</li> <li>• Promotion et accompagnement des réunions trimestrielles au niveau des districts de santé et des directions régionales pour passer en revue les résultats trimestriels et pour planifier en vue de l'avenir</li> <li>• Passage à l'échelle des leçons apprises, pour l'amélioration de nouveaux sites et régions</li> <li>• Implication du MS – niveau central – dans la planification et le démarrage de l'institutionnalisation de l'amélioration et du travail en équipe</li> <li>• Renforcement des équipes d'amélioration de la qualité des formations sanitaires</li> </ul>
Besoin de renforcer les capacités de gestion financière dans les districts de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encouragement à l'affectation d'un responsable financier formé dans chaque zone sanitaire</li> <li>• Apport d'une aide pour la distribution en temps voulu des fonds alloués aux districts de santé pour permettre à ceux-ci d'exécuter les activités prévues</li> <li>• Renforcement de la gestion par une supervision de soutien et en encourageant le respect des normes de gestion financière</li> </ul>
Déséquilibre entre le personnel qualifié disponible et la charge de travail dans de nombreuses formations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intégration de l'offre de santé familiale par les agents de santé a contribué à un allègement de la charge de travail</li> <li>• Examen de la délégation des tâches d'une activité appropriée à du personnel d'un niveau inférieur spécifique pour fournir des services de qualité et pour diminuer la charge de travail</li> <li>• Clarification et redéfinition des descriptions de tâches dans le cadre de la valorisation des ressources humaines, ce qui a mené à une meilleure compréhension des rôles et des responsabilités du personnel des formations sanitaires</li> </ul>

## Leçons apprises et recommandations continu

Défis	Solutions du PISAF
Manque de capacités institutionnalisées pour gérer l'information et les bases de données électroniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication du niveau central du MS pour renforcer les capacités du personnel et pour dépêcher du personnel de maintenance des technologies de l'information dans les régions pour qu'il assure une supervision et un soutien réguliers</li> </ul>
Disponibilité irrégulière de produits de santé familiale à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion de l'intégration au niveau national pour les commandes et la gestion des circuits d'approvisionnement de tous les produits de santé, notamment les médicaments essentiels, les produits pharmaceutiques et les fournitures, et autres produits</li> <li>• A assuré l'approvisionnement des RC en produits de santé familiale par l'intermédiaire des formations sanitaires</li> <li>• Création de dépôts au niveau des zones et mise en place d'une gestion informatique des produits</li> <li>• A assuré une supervision continue</li> </ul>
Manque de soutien financier pour les mutuelles existantes et les nouvelles mutuelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporation des activités d'initiatives communautaires dans les plans de travail et attribution de fonds pour la mise en œuvre</li> <li>• A encouragé le transfert aux mutuelles des fonds des indigents pour pouvoir dispenser des services aux personnes n'ayant pas les moyens de payer</li> <li>• Promotion du soutien financier des mutuelles par les autorités locales</li> </ul>
Nécessité d'une plus grande sensibilisation au genre et à la programmation axée sur le genre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Davantage d'importance accordée à la prise de décisions en couple, en particulier pour la planification familiale et les fistules</li> <li>• S'est assuré que les COGEC, les RC et les mutuelles incluent des femmes comme membres</li> </ul>

## Observations et recommandations finales

**P**ISAF's Le PISAF avait pour mandat de travailler aux niveaux des régions et des districts, et de porter à l'échelle un paquet d'interventions ayant fait leurs preuves pour améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé du niveau primaire. L'implication du niveau central du ministère est restée limitée jusqu'à ce que démarre le travail au niveau national pour améliorer la prise en charge du paludisme dans le contexte du Programme national de lutte contre le paludisme et en milieu hospitalier. Avec le soutien de l'USAID, le PISAF a établi des relations plus solides avec le personnel du niveau central travaillant dans tous les domaines du soutien technique du PISAF.

Sous la solide direction du ministère, des percées importantes ont été réalisées pour le passage à l'échelle du paquet intégré de services de santé familiale dans d'autres régions sanitaires du pays, en plus du Zou/Collines. Certaines pratiques se sont avérées importantes dans la mise en œuvre initiale et dans le passage à l'échelle du paquet intégré : la supervision de routine du personnel des hôpitaux et des centres de santé a joué un rôle déterminant pour le maintien de leurs connaissances et de leurs compétences, et l'attribution d'un budget convenable est nécessaire pour que cette pratique continue. La pratique du coaching a complété la supervision de routine en améliorant les compétences et les capacités de résolution de problèmes des membres des EAQ.

Le processus d'institutionnalisation, même s'il n'était pas encore terminé, était déjà bien avancé à la fin du programme du PISAF. La présence de champions au sein du ministère a

considérablement facilité le passage à l'échelle des pratiques et applications réussies dans l'ensemble du pays – notamment Medistock et LogiGRH. Le Cadre de la politique nationale d'assurance qualité a été élaboré et le PISAF a donné le ton pour une mise en œuvre réussie de la politique prévue dans le Zou/Collines et l'Atlantique/Littoral.

La réceptivité des communautés et des leaders communautaires a permis d'actualiser rapidement les stratégies de mobilisation communautaire et a également mené à un programme très réussi sur les fistules. Enfin, une bonne synergie avec les autres bailleurs de fonds et partenaires d'exécution a encouragé une présence et un impact plus forts dans un certain nombre d'interventions du programme.

Le gouvernement béninois reconnaît l'importance des mécanismes d'assurance maladie à base communautaire. Les mutuelles sont reconnues comme ayant un rôle important à jouer dans l'amélioration de l'accès à des services de santé et, comme l'a montré le PISAF, à l'amélioration de la qualité des soins offerts. Il faudra qu'un soutien soit apporté à la professionnalisation des mutuelles pour qu'elles puissent jouer le rôle envisagé dans le cadre du développement du Mécanisme national d'assurance maladie. La Direction de la santé communautaire est actuellement chargée du développement des mutuelles et de leur professionnalisation. Il faudra un renforcement soutenu des capacités ainsi que des ressources humaines et financières pour faire progresser l'agenda des mutuelles.

## Annexe 1 : Plan de suivi des performances

### PISAF 2006–2011 Indicateurs du Plan de Monitoring de la Performance

Indicateur	Definition d'Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	Source de données	Commentaire
<b>Objective Strategique 5: Utilisation accrue des services de santé familiale et des mesures préventives dans un environnement de politiques propice</b>								
1. Utilisation du paquet de services de santé Familiale	% de la population ayant accès (recevant au moins un élément du) paquet de services de santé familiale par service dans la zone ciblée	(318,209/ 1,345,008) 24%	(460,275/ 1,380,783) 33%	(506,158/ 1,416,716) 36%	(529,701/ 1,472,909) 36%	(569,575/ 1,521,302) 37%	SNIGS	
2. Couple Années Protection	Nombre de couples (en âge de reproduire) protégés contre une grossesse et utilisant des méthodes de planning familiale durant une année à partir de la quantité totale de méthodes contraceptives cédées ou distribuées au cours de la même année.	PD	14,860	11,648	12,961	14,860	SNIGS	
<b>IR 1 Amélioration de l'environnement politique</b>								
<b>IR 1.1 Mise en oeuvre de politiques et approches de santé sélectionnées</b>								
1.1.1 Révision et Dissémination des Politiques	Nombre de nouvelles politiques créées disséminées et ventilées aux départements et aux zones sanitaires	2	1	0	1	1	PISAF Reports	<i>Il s'agit des documents relatifs à la de procédure de gestion des ressources humaine, aux statuts des dépôts répartiteurs des zones sanitaires de Zou/Collines, et du plan de communication des politiques de décentralisation.</i>

Ces valeurs peuvent varier d'indicateurs préalablement soumises en raison de la présentation tardive des rapports des établissements de santé et un exercice de validation approfondie des données qui a eu lieu à la préparation du rapport final. Les chiffres présentés ici, autant que nous puissions en juger, sont précises et exactes.

PD=Pas Disponible

## PISAF 2006–2011 Indicateurs du Plan de Monitoring de la Performance

Indicateur	Definition d'Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	Source de données	Commentaire
<b>IR 1.2 Les capacités de gestion du système sanitaire sont accrues</b>								
1.2.1 Renforcement de la gestion aux niveaux Régional et Zonal	% de gestionnaires du système sanitaire aux niveaux départemental et zonal formés aux éléments de base de gestion (gestion des ressources humaines, financières et matérielles et assurance qualité)	0%	99%	99%	100%	PD	Base de données des formations (PISAF)	<i>L'objectif de cet indicateur est atteint déjà depuis 2010. Nous n'avons plus réalisé de formation en 2011.</i>
1.2.2 Système de Supervision mis en oeuvre	% de centres de santé ayant recus au moins quatre visites de supervision formative par an	(61/112) 54%	(95/110) 87%	(95/110) 87%	(90/110) 82%	(89/110) 81%	Cahiers de supervisions des centres de santé	
1.2.3 Inventaire des Produits de santé Familiale	% de COGEC prenant part a l'inventaire de tous les produits de santé Familiale reçus	(100/107) 94%	(98/107) 92%	(102/107) 95%	(100/107) 93%	(97/107) 90%	Cahiers des COGECs	
1.2.4 Processus de Planification Ascendante mis en oeuvre effectivement	% de EEZS utilisant la planification ascendante pour élaborer leur plan d'action	PD	(6/6) 100%	(6/6) 100%	(6/6) 100%	(6/6) 100%	Rapports d'activités des Zones sanitaires	
1.2.5 Plans d'Action Annuels des EEZS mis en oeuvre	% de EEZS exécutant au moins 75% de leur plan annuel	(5/6) 83%	(5/6) 83%	(6/6) 100%	(6/6) 100%	(6/6) 100%	Rapports d'activités des Zones sanitaires	
1.2.6 Utilisation des données pour la prise de décision mise en oeuvre par les EEZS	% de EEZS organisant au moins 4 sessions de prise de décision par an basée sur les données	PD	(6/6) 100%	(6/6) 100%	(5/6) 83%	(6/6) 100%	Rapports trimestriels des Zones Sanitaires	
<b>IR 1.3 La participation de la société civile est accrue</b>								
1.3.1 Participation des femmes aux Structures de la Société Civile	% de COGEC avec une femme dans le bureau exécutif	45/108 (42%)	(40/107) 37%	(40/107) 37%	(40/107) 37%	(50/107) 47%	Rapports des COGEC et des EEZS	<i>Donnees sont des rapports annuels de COGECs.</i>
1.3.2 Respect des réunions des COGEC	% de centres de santé avec COGEC tenant au moins une réunion mensuelle assortie de rapport	(51/107) 47%	(46/107) 43%	(55/107) 52%	(56/107) 52%	(61/107) 57%	Rapports des COGEC et des EEZS	

## PISAF 2006–2011 Indicateurs du Plan de Monitoring de la Performance

Indicateur	Definition d'Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	Source de données	Commentaire
1.3.3 Intégration des activités de santé dans les efforts des OBC	% d'organisation a base communautaire ayant mené au moins une activité de santé au cours de l'année	45%	100%	100%	100%	PD	Rapports des OBC et Rapport d'activité du PISAF	<i>Il n'y a pas eu d'activité avec organisation a base communautaire au cours du FY 2011</i>
1.3.4 Activités à base communautaire sont intégrées dans les services du système sanitaire publique	% de ZS ayant inclu les activités à base communautaire dans les descriptions de postes d'agents de santé sélectionnés	(2/6) 33%	(3/6) 50%	(6/6) 100%	(6/6) 100%	PD	Rapports d'activités des EEZS	<i>l'objectif de cet indicateur est déjà atteint depuis 2010</i>

### IR 2 L'accès aux services et produits de Santé Familiale de qualité est accrue

#### IR 2.1 Disponibilité des produits essentiels de santé familiale dans les formations sanitaires publiques

2.1.1 Disponibilité des Produits de Santé Familiale	Index de la gestion de la commande des Produits de Santé Familiale	(82/112) 78%	(98/112) 87%	(102/112) 91%	(95/112) 84%	(93.2/112) 85%	Fiche de stock et Bon de Commande	
2.1.2 Disponibilité des Produits de Santé Familiale pour le niveau Communautaire	% villages ou les produits du paquet de santé familiale pour niveau communautaire est disponible	17%	PD	85%	100%	100%	Rapports de supervision des ASBC par les centres de santé	

#### IR 2.2 Disponibilité de produits de SF sélectionnés au niveau de vendeurs privés

2.2.1 Disponibilité des MILD à travers les groupes de la Société Civile	# MILD vendus à travers les OBC et les Mutuelles de santé	PD	PD	1500	45	7	Rapports du PISAF	<i>Les directives du Ministère ont été modifiées pour focaliser la distribution des MILD par les campagnes nationales, donc cette activité a été annulée. Il n'y a pas eu des activités avec les OBC au cours de cette année 2011.</i>
---	---	----	----	------	----	---	-------------------	--

## PISAF 2006–2011 Indicateurs du Plan de Monitoring de la Performance

Indicateur	Definition d'Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	Source de données	Commentaire
<b>IR 2.3 Disponibilité du paquet de Santé Familiale dans des formations sanitaires publiques sélectionnées.</b>								
2.3.1 Score de l'offre du paquet de Service de santé Familiale par des agents de santé formes	Score Moyen de la performance des agents de santé formés dans l'offre d'au moins un ou plusieurs éléments du paquet de Services de Santé Familiale (il y a au total 11 éléments du paquet de santé Familiale dont certains sont appropriés seulement à certains groupes démographiques comme les femmes ou les enfants)	64%	PD	PD	91%	PD	EQGSS	<i>Cet indicateur a été collecté dans le cadre des EQGSS en 2007 et 2010.</i>
<b>IR 2.4 L'Accès financier aux services de Santé est accru</b>								
2.4.1 Adhésion aux Mutuelles de santé	Proportion de la population adhérant aux Mutuelles de santé dans la zone cible	(12,452/ 894,728) 2%	(57,265/ 924,352) 6%	(101,977/ 954,015) 11%	(50,788/ 984,112) 5%	PD	Régistres d'adhésion des Mutuelles	<i>Fin d'intervention de PISAF au niveau des mutuelles en 2011</i>
2.4.2 Perennisation et Continuite de l'adhésion au Mutuelles de santé	% de mutuelles conservant au moins les 2/3 des adhérents de l'année précédente	PD	(14/58) 24%	(14/58) 24%	(58/58) 100%	PD	Rapports du PISAF	<i>Fin d'intervention de PISAF au niveau des mutuelles en 2011</i>
2.4.3 Distribution des Mutuelles de santé à travers la zone ciblée	% de communes/ arrondissements de la zone cible ayant des mutuelles fonctionnelles	(2/9) 22%	(2/9) 22%	(9/9) 100%	(6/9) 67%	PD	Rapports du PISAF	<i>Fin d'intervention de PISAF au niveau des mutuelles en 2011</i>
<b>IR 3 La demande des Services, des Produits et mesures Préventives de Santé Familiale est accrue</b>								
3.1 Distribution des produits contraceptifs	Nombre de produits contraceptifs distribués/cédés dans les structures sanitaires publiques	PD	49,547	52,432	39,550	49,547	Rapports des centres de santé	
3.2 Accès au Paquet de Santé Familiale	Nombre de personnes ayant accès au paquet de services de santé familiale dans la zone ciblée	318,209	460,275	506,158	529,701	569,575	Registres des Centres de santé	
<b>IR 3.1 Amélioration des connaissances, des comportements appropriés et des mesures préventives</b>								
<b>IR 3.2 Introduction d'interventions et de services appropriés basés sur la recherche</b>								
3.2.1 Etudes de Recherches menées	Nombre études de recherche formative, opérationnelle et évaluative réalisées et les résultats partagés avec tous les acteurs	3	3	0	1	1	Rapports du PISAF	

# PISAF Indicateurs du Plan de Monitoring de la Performance Zou/Collines 2011-2012

N°	Domaine	Définition de l'Indicateur	Valeur de base 2010**	Valeur indicateur 2012*	Source de données	Commentaire
<b>OS5: Utilisation accrue des services de santé familiale et des mesures préventives dans un environnement de politiques propice</b>						
1	Utilisation du paquet de services de santé Familiale	Nombre d'accouchements assistés au centre de santé par un prestataire qualifié	30,528	29,439	Rapports de monitoring des CS	<i>Donnees de base sont de Trimestre 1-3 de FY2010. Donnees de 2012 sont de Trimestre 1-3 de 2012.</i>
		Proportion d'accouchées par voie basse à la maternité pour qui les trois éléments de la GATPA (injection ocytocine, traction du cordon et massage utérin) ont été appliqués	79%	(25,612/29,439) 87%	Rapports de monitoring des CS	<i>Donnees de base sont de Trimestre 1-3 de FY2010. Donnees de 2012 sont de Trimestre 1-3 de 2012.</i>
		Proportion des enfants de 12 à 23 mois d'âge complètement vaccinés (à désagréger par sexe)	64%***	(37,039/60,364) 61%	Enquête des ménages, mères des enfants de 12 à 23 mois	<i>Donnees de base sont de Trimestre 1-3 de FY2010. Donnees de 2012 sont de Trimestre 1-3 de 2012. L'étude qui nous aurait permis de ventiler les données par sexe n'a pas été effectuée.</i>
		Nombre de femmes enceintes ayant reçu la 2ème dose de SP (TPI) selon les normes	15,844	17,754	Rapports de monitoring des CS	<i>Donnees de base sont de Trimestre 1-3 de FY2010. Donnees de 2012 sont de Trimestre 1-3 de 2012.</i>
2	Couple Années Protection	Nombre de couples (en âge de reproduire) protégés contre une grossesse et utilisant des méthodes de planning familiale durant une année à partir de la quantité totale de méthodes contraceptives cédées ou distribuées au cours de la même année.	12,961	9,108	Rapport SNIGS et Protocoles opératoires des hôpitaux	
<b>RI1: Création d'un environnement de mise en œuvre propice</b>						
3	Révision et Dissémination des Politiques	Nombre de politiques créées et disseminées (élaboration de politique AQ, Stratégie de professionnalisation des mutuelles et stratégie d'extension de paquet intégré)*	5	8	Rapports de PISAF	
4	Renforcement de la gestion des structures décentralisées	Proportion des zones sanitaires ayant impliqué les mairies dans les trois (03) revues trimestrielles de performance contractuelle au cours de l'année	(0/18) 0%	(6/18) 33%	Rapports de PISAF	

PD = Pas Disponible

\* Données de 2012 sont de Trimestre 1 (Septembre-Décembre 2011), Trimestre 2 (Janvier-Mars 2012), et Trimestre 3 (Avril-Juin 2012)

\*\* Données de 2010 sont des 3 premières Trimestres, afin d'être équivalents aux données de 2012

\*\*\* Notez que le taux d'enfants de 0-11 mois complètement vaccinés dans le Zou / Collines en 2010 selon le SNIGS était de 93 %. La différence de couverture entre les données mesurées de routine et les enquêtes-ménages aléatoire justifie le besoin de répéter une enquête-ménage, vaccination inclus, à la fin du projet.

Donnees de base sont de 2010 a cause de leur utilisation comme base dans la demande d'une periode d'extension.

## PISAF Indicateurs du Plan de Monitoring de la Performance Zou/Collines 2011–2012

N°	Domaine	Définition de l'Indicateur	Valeur de base 2010**	Valeur indicateur 2012*	Source de données	Commentaire
5	Renforcement du Système de Supervision	Proportion de centres de santé ayant reçus au moins une visite de supervision formative par la DDS au cours des trois derniers mois	(90/110) 82%	(108/110) 98%	Cahiers/ rapport de supervisions des centres de santé	
6	Gestion des Produits de santé Familiale	Proportion de dépôts répartiteurs ayant leurs données logistiques à jour sur le medistockweb tous les mois	60%	PD	Logiciel Médistock et la plate forme medistockweb	<i>Le medistock web était sur renovation en 2012, qui a fait que cet indicateur n'a pas été collecté.</i>
7	"Augmenter de 23% à 50% la proportion des centres de santé publics et privés qui transmettent à temps au SIRP les données complètes sur le paludisme	Proportion des centres de santé publics et privés qui transmettent à temps (tous les 5 du mois) au SIRP les données complètes sur le paludisme	(26/112) 23%	(67/112) 59%	Base de données SNIGS/SIRP	
8	Promotion de l'approche genre au niveau des interventions à base communautaire	Nombre d'activités réalisées dans le cadre de la promotion genre	0	2	Rapport de PISAF	
		Proportion of target population reporting increased agreement with the concept that males and females should have equal access to social, economic, and political opportunities (disaggregated by sex)	PD	PD	Enquete (a piloter)	<i>See Final Report annex on pilot of gender indicator</i>
9	Activités à base communautaire sont intégrées dans les services du système sanitaire publique	Proportion de relais communautaire ayant reçu une supervision trimestrielle documentée par le point focal	40%	100%	Rapport d'activité de relais communautaire	

### RI2: Accès accru à des services et des produits de qualité

10	Couverture par le TETU dans les hopitaux des enfants de 0-59 mois	"Proportion des enfants de 0-59 mois triés à l'entrée des hopitaux, desagregé par sexe	44%	68%	Registre des hopitaux, rapport de monitoring, fiches de tri	<i>Les données ne sont pas collectés en fonction du sexe. La collecte de données avait commencé avant l'introduction de la désagrégation par sexe</i>
		Taux de décès infantile dans les 24 heures en urgence dans les hôpitaux TETU, desagregé par sexe	17.5%	9.7%	Registre des hopitaux, rapport de monitoring	<i>Les données ne sont pas collectés en fonction du sexe. La collecte de données avait commencé avant l'introduction de la désagrégation par sexe</i>

## PISAF Indicateurs du Plan de Monitoring de la Performance Zou/Collines 2011–2012

N°	Domaine	Définition de l'Indicateur	Valeur de base 2010**	Valeur indicateur 2012*	Source de données	Commentaire
11	Adhésion aux normes de gestion des produits de santé	Proportion de formations sanitaires publiques qui respectent les normes de gestion des produits de santé (Bon entreposage, Fiche de stock à jour, Quantification des besoins, Bon de commande à temps, PV de réception et prise de décision)	79%	74%	Fiche de stock des FS, Bon de commande, PV de réception ou Médicstock au DRZ	
12	Professionnalisation des Mutuelles de santé dans la zone ciblée	Nombre de réseaux de mutuelles de santé dans les zones couvertes qui disposent d'un plan de professionnalisation	0	2	Rapport des réseaux de mutuelles, Plan de professionnalisation	
<b>IR 3 La demande des Services, des Produits et mesures Préventives de Santé Familiale est accrue</b>						
13	Référence des femmes porteuses de fistule	Nombre de cas de femmes porteuses de fistule référés pour une opération de réparation	PD	103	Rapport ONG et rapport de PISAF	

# PISAF Indicateurs du Plan de Monitoring de la Performance Atlantique/Littoral 2011-2012

N°	Nom de l'Indicateur	Définition de l'Indicateur	Valeur de base (2011)	Valeur indicateur 2012*	Source de données	Commentaire
<b>OS5: Utilisation accrue des services de santé familiale et des mesures préventives dans un environnement de politiques propice</b>						
1	Utilisation du paquet de services de santé Familiale	Nombre d'accouchements assistés au centre de santé par un prestataire qualifié	2273**	5646	Rapports de monitoring des Centres de Santé	
		Proportion d'accouchées par voie basse à la maternité pour qui les trois éléments de la GATPA (injection ocytocine, traction du cordon et massage utérin) ont été appliqués	39%**	(938/5646) 70%	Rapports de monitoring des Centres de Santé	
		Nombre de femmes enceintes ayant reçu la 2ème dose de SP (TPI) selon les normes	1863**	2468	Rapports de monitoring des Centres de Santé	
<b>RI1: Création d'un environnement de mise en œuvre propice</b>						
2	Renforcement de la gestion des structures décentralisées	Proportion des zones sanitaires ayant impliqué les mairies dans les trois (03) revues trimestrielles de performance contractuelle au cours de l'année	0/2 (0%)	(2/2) 100%	Rapports de PISAF	
3	Renforcement du Système de Supervision	Proportion de centres de santé ayant reçus au moins une visite de supervision formative par la DDS au cours des trois derniers mois	PD	(31/35) 85%	Cahiers/rapport de supervisions des centres de santé	
4	Gestion des Produits de santé Familiale	Proportion de dépôts répartiteurs ayant leurs données logistiques à jour sur le medistockweb tous les mois	0%	PD	Logiciel Médistock et la plate forme medistockweb	<i>Le site medistock était en renovation au cours de l'année 2012, donc l'indicateur n'a pas pu être collecter.</i>
<b>RI2: Accès accru à des services et des produits de qualité</b>						
5	Adhésion aux normes de gestion des produits de santé	Proportion de formations sanitaires publiques qui respectent les normes de gestion des produits de santé (Bon entreposage, Fiche de stock à jour, Quantification des besoins, Bon de commande à temps, PV de réception et prise de décision)	PD	(7/35) 20%	Assessment tool reviewing stock logs from clinics, order forms, minutes from deliveries	

\* Données de 2012 sont de Trimestre 1 (Septembre-Décembre 2011), Trimestre 2 (Janvier-Mars 2012), et Trimestre 3 (Avril-Juin 2012)

\*\* Données de l'Évaluation Rapide de 2011

## Annexe 2 : Comparaison des activités mise en œuvre et le plan de projet

### Plan de mise en œuvre PISAF

Resultats	Atteint	Commentaire
<b>Gestion du projet</b>		
Établir des bureaux du projet à Bohicon, Parakou et Cotonou	x	
Élaborer un plan de travail annuel	x	
Élaborer un plan de suivi des performances	x	
Soumettre les rapports trimestriels et annuels, et le rapport final	x	
<b>RI 1. Créer un environnement propice à la mise en œuvre</b>		
<i>RI 1.1 Mise en œuvre de politiques et approches de santé sélectionnées</i>		
Dégager un consensus sur les stratégies et approches clés avec le MDS et les partenaires, plans de passage à l'échelle	x	
Finaliser le plan stratégique pour les mutuelles et aider à sa mise en œuvre, revoir si nécessaire (indiqué par (x))	x	
Élaborer un plan national d'AQ		<i>Cadre strategique developpe, plan national pas encore accompli</i>
Actualiser les politiques sur la prestation communautaire de services	x	
Dégager un consensus sur la réalisation de l'entrepasage décentralisé des médicaments	x	
Plan de communication pour une politique de décentralisation	x	
Forums réguliers pour la discussion des questions de décentralisation avec le personnel de santé et la société civile		<i>Ces activites n'etaient pas un prioritaire du Ministre de la Sante</i>
Effectuer des sessions de feed-back entre les zones de santé et le MDS sur les questions de décentralisation	x	
Mettre en œuvre une planification ascendante à tous les niveaux du système de santé (niveaux central, régional et périphérique)	x	
Réunions régulières entre le MDS et les bailleurs de fonds pour la coordination et la collaboration sur les questions de politiques	x	
Aider à la mise à jour du paquet minimum de santé familiale avec PTME, CDV, TPI, MIILD, etc.	x	
Mettre au point des mécanismes pour la revue et la mise à jour des standards	x	
Effectuer des analyses des coûts en rapport avec les politiques de traitement		<i>Pas atteint.</i>

## Plan de mise en œuvre PISAF continu

Resultats	Atteint	Commentaire
Aider à la revue/la mise à jour régulières des standards	x	
Élaborer des mécanismes pour la communication des standards	x	
Aider à la mise en œuvre de la communication des mécanismes des standards (y compris la formation avant l'entrée en service)	x	
Assistance pour la conception et la mise en œuvre d'un plan stratégique national pour la sécurité des produits		<i>CAME (Centrale d'Achat des Médicaments) est encore dans le processus de structuration et doivent être au centre de cela.</i>
Aider le MDS à obtenir d'autres soutiens financiers (GFATM, etc.)	x	
Aider le PNLP à utiliser des pratiques efficaces et des données de S/E dans les activités de programmation relatives au paludisme/la PCIME, notamment la PCIME communautaire	x	
Aider le Programme national de lutte contre le SIDA à décentraliser la programmation VIH/ SIDA et MST et à utiliser des données efficaces de S/E		<i>Collaboration avec PNLS n'était pas effectuée avec succès.</i>
Aider la DSF à finaliser la stratégie nationale sur la mortalité maternelle et néonatale et accompagner sa mise en œuvre		<i>Pas atteint.</i>
Préparation à une épidémie de grippe aviaire		<i>Pas atteint.</i>
<b>RI 1.2 Création de capacités de gestion renforcées du système de santé</b>		
Effectuer une évaluation de la gestion dans le Z/C	x	
Aider à l'élaboration de plans stratégiques régionaux sur la base de l'évaluation de la gestion	x	
Élaborer et revoir des plans pour l'institutionnalisation/la pérennisation dans le Z/C et le B/A	x	
Accompagner l'élaboration et la révision de plans de renforcement des capacités dans le Z/C et le B/A	x	
Introduire les tableaux de bord dans le Z/C et mettre à jour les tableaux de bord pour refléter le paquet minimum élargi des services de SF	x	
Accompagner l'utilisation des tableaux de bord dans le Z/C et le B/A	x	
Accompagner la revue trimestrielle des performances par rapport aux plans d'action annuels	x	

## Plan de mise en œuvre PISAF continu

Resultats	Atteint	Commentaire
Soutenir les tournées d'étude pour les responsables sanitaires clés	x	<i>Tournee d'etude pour quelques responsables de la DSME au Burkina Faso a ete effectuee. Tournee d'Etude sur le RAMU a ete programme, mais a ete annulee a cause d'un concurrence des prioritaires du MS.</i>
Installer un réseau LAN à la DDSP, la DH et dans tous les bureaux (06) de la zone de santé du Z/C		<i>Pas atteint.</i>
Fournir une formation en ressources humaines/assurance de la qualité dans le Z/C, et renforcer dans le B/A	x	
Fournir une formation et un renforcement pour la gestion financière dans le Z/C et le B/A	x	
Fournir à DDSP, EEZS et DH du Z/C du matériel informatique pour renforcer leurs capacités de gestion	x	
<b>RI 1.3 Création d'une participation plus efficace de la société civile</b>		
Effectuer une évaluation de la mobilisation communautaire dans le Z/C	x	
Élaborer un modèle de consensus pour la mobilisation communautaire, notamment la participation des groupements de femmes, etc.	x	
Former les COGEA et les COGEC (notamment des sessions conjointement avec le personnel des centres de santé), y compris les mutuelles	x	
Fournir un soutien aux COGEA et COGEC en planification ascendante et autres activités	x	
Fournir un soutien technique aux agents de mobilisation communautaire des ZS	x	
Introduire et soutenir des Comités de soutien aux mutuelles communautaires dans les secteurs des nouvelles mutuelles	x	
Élaborer des mécanismes pour faire participer les ONG et les OBC, ainsi que le secteur privé, à la prévention et au traitement du paludisme	x	<i>Personnel du secteur prive ont ete formee sur la PEC palu</i>
Attribuer des subventions à des ONG et des OBC	x	
Fournir une formation aux ONG et aux OBC bénéficiaires de subventions sur la gestion améliorée		<i>Pas atteint.</i>
Mobiliser les groupements des communautés locales pour promouvoir de bonnes pratiques concernant le paludisme et les IRA (O/P, Z/C, B/A)	x	
Élaborer et piloter des liens entre les mutuelles et les initiatives de micro-financement	x	

## Plan de mise en œuvre PISAF continu

Resultats	Atteint	Commentaire
Voir comment lier les mutuelles et la distribution à base communautaire (ASBC), piloter et lancer si réussi		<i>Pas atteint.</i>
<b>RI 2. Meilleur accès à des services et des produits de qualité</b>		
<i>RI 2.1 Produits sélectionnés disponibles dans les formations sanitaires publiques</i>		
Documenter l'expérience du PROSAF pour le renforcement de l'entreposage des médicaments essentiels au niveau régional et à celui des ZS	x	
Faciliter la création de dépôts départementaux et zonaux dans le Z/C	x	
Renforcer les capacités de gestion de la logistique (Z/C et renforcer le cas échéant dans le B/A)	x	
S'assurer que les nouveaux produits pour le paquet minimum élargi soient incorporés dans le système de la logistique	x	
Mettre à jour le matériel didactique pour les ASBC afin d'inclure les nouveaux produits de SF	x	
Accompagner l'expansion des produits de SF avec les ASBC et les ONG	x	
Mettre les indicateurs des ASBC dans les tableaux de bord et autres outils de suivi des ZS	x	
<i>RI 2.2 Sélectionner les produits disponibles dans les points de vente du secteur privé</i>		
Introduire la vente de MIILD au moyen de groupements de femmes et de mutuelles	x	<i>Les directives sur la distribution de MIILD ont change vers les campagnes, mais avant cette changement, PISAF a introduit la vente de MIILD au groupements de femmes et de mutuelles.</i>
Tester la stratégie pour la formation des vendeurs privés de médicaments		<i>Pas atteint.</i>
Promouvoir des liens entre les communautés et les centres de santé, les points de vente privés pour les produits de SF (notamment les condoms et les moustiquaires)	x	
<i>RI 2.3 Disponibilité d'un paquet de santé familiale de qualité dans les établissements ciblés du secteur de santé public</i>		
S'assurer que les normes et standards du paquet minimum élargi soient disponibles à la DDS (Z/C et B/A)	x	
Inclure les éléments ajoutés dans le matériel didactique, les guides de supervision et les outils de suivi de la performance	x	

## Plan de mise en œuvre PISAF continu

Resultats	Atteint	Commentaire
Introduire la notion d'intégration de la prestation de services dans le Z/C par la formation sur les protocoles de santé familiale (l'accent étant mis sur les SONU, le PF, le VIH/SIDA et les MST, notamment CDV, etc.)	x	
Soutenir le renforcement des capacités du personnel des établissements de santé pour les directives actualisées (Z/C et B/A)	x	
Accompagner le renforcement des capacités en AQ et supervision, et planification de la supervision (Z/C et B/A)	x	
Accompagner la formation en PCIME et suivi post-formation dans le Z/C et pour le transfert de personnel dans le B/A et O/P	x	
Accompagner les ZS dans la création/le renforcement de collaboratifs dans le Z/C et le B/A	x	
Accompagner les collaboratifs régionaux et trans-zonaux		<i>Pas atteint.</i>
Élaborer et fournir des aides de travail efficaces	x	
Fournir aux établissements de santé choisis du matériel médical pour améliorer la prestation de services de qualité	x	
<b>RI 2.4 Meilleur accès financier à des services de santé</b>		
Documenter l'expérience du B/A concernant les mutuelles	x	
Accompagner les mutuelles existantes en renforçant leurs capacités organisationnelles et managériales	x	
Créer d'autres mutuelles dans le B/A dans les cinq communes non couvertes par des mutuelles	x	
Créer progressivement des mutuelles dans des communes choisies du Z/C sur la base de l'expérience du B/A	x	
Accompagner la création de fédérations régionales de mutuelles (B/A et Z/C)	x	
Introduire des mécanismes pour soutenir l'utilisation de services préventifs par les membres de mutuelles	x	
Créer des mécanismes locaux pour un soutien technique continu aux mutuelles dans le B/A et le Z/C	x	
Analyser les obstacles à l'utilisation de services par les personnes désavantagées, notamment les coûts	x	
Concevoir et tester des mécanismes pour atténuer les obstacles à l'accès pour les personnes désavantagées		<i>Pas atteint.</i>

## Plan de mise en œuvre PISAF continu

Resultats	Atteint	Commentaire
<b>RI 3. Demande accrue de services, produits et mesures préventives</b>		
<i>RI 3.1 Meilleure connaissance des comportements appropriés et des mesures préventives</i>		
Élaborer une stratégie de CCC	x	
Faire participer le niveau national aux discussions sur les messages clés et dans les médias	x	
Mettre à jour l'inventaire des supports d'IEC, évaluer les outils communautaires, adapter et traduire le matériel didactique et d'IEC	x	
Imprimer et disséminer les supports d'IEC/CCC et les aides de travail	x	
Identifier les principales priorités de CCC sur une base annuelle, notamment MIILD, CIP, PTME, CDV, etc.	x	
Identifier les groupes et les partenaires pour collaborer sur la CCC	x	
Renforcer les capacités des agents de santé et autres partenaires en CCC/IEC, notamment CIP	x	
Formuler des plans de travail annuels en CCC	x	
Exécuter des campagnes multimédias (radio, MPT, etc.) sur des thèmes de santé familiale, notamment PCIME, SONU, PF, prévention et soins du paludisme, du VIH/SIDA et des MST	x	
Accompagner l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies novatrices de CCC	x	
Soutenir la PCIME et les SONU communautaires	x	
Attribuer des subventions à des ONG et des OBC et renforcer leurs capacités pour la prestation de services à base communautaire	x	
Accompagner les Journées de mobilisation contre le paludisme et les semaines de mobilisation sociale	x	
<i>RI 3.2 Introduction d'interventions et de services appropriés basés sur la recherche</i>		
Déterminer les thèmes de CCC qui nécessitent une recherche formative	x	
Déterminer les innovations en matière de prestation de services qui doivent être testées	x	
Mettre en œuvre des pilotes et évaluer les résultats	x	
Élaborer des stratégies pour le passage à l'échelle de stratégies pilotes	x	

## Annexe 3 : Sélection de documents du Projet PISAF

1. Koto-Yerima, A., Barnes, J. & Soglohoun, P. 2010. *Etude sur les Expériences de Professionnalisation au Sein des Mutuelles de Santé au Bénin*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin: University Research Co., LLC (URC).
2. Ouendo, EM. & Ba, A. 2010. *Etude sur les Facteurs Associés à la Fidélisation des Membres des Mutuelles de Santé au Bénin*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin: University Research Co., LLC.
3. Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. 2007. *Document de Stratégie de la Communication pour le Changement de Comportement*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin: University Research Co., LLC.
4. Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. *Etude du Contexte d'Implantation de Mutuelles de Santé*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin : University Research Co., LLC.
5. Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. 2009. *Etude sur le Fonds Sanitaire des Indigents et les Mutuelles de Santé*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin : University Research Co., LLC.
6. Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. 2008. *Etude Technique de la Mise en Réseau des Mutuelles de Santé sur les Sites d'Extension des Mutuelles de Zou/Collines*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin: University Research Co., LLC.
7. Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. 2007. *Evaluation à Mi-parcours des Mutuelles de Sinendé et Banikoara*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin: University Research Co., LLC.
8. Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. 2006. *Evaluation de la Qualité de la Gestion du Système Sanitaire dans les Départements du Zou et des Collines en République du Bénin*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin: University Research Co., LLC.
9. Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. 2010. *Evaluation de la Qualité de la Gestion du Système Sanitaire dans les Départements du Zou et des Collines en République du Bénin*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin: University Research Co., LLC.
10. Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. 2009. *Plan pour la Mise en Œuvre pour l'Assurance Qualité dans le Cadre de PISAF*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin : University Research Co., LLC.
11. Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. 2012. *Politique et Stratégies de Professionnalisation des Mutuelles et Réseaux de Mutuelles de Santé au Bénin: 2013-2017*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin: University Research Co., LLC.
12. Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. 2007. *Stratégie de Mobilisation Communautaire*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin: University Research Co., LLC.
13. Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. 2011. *Synthèse des Recommandations Issues de la Table Ronde sur les Acquis de PISAF*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin: University Research Co., LLC.
14. Yacoubou, I. & Otis, C. 2010. *Contribution des Mutuelles de Santé dans la Promotion de la Santé Communautaire au Bénin*. Publié par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID. Cotonou, Bénin: University Research Co., LLC.

## Annexe 4 : Liste des outils et aides de travail élaborés par le PISAF

### Stratégie de la Communication pour le Changement de Comportement

Document de stratégie de CCC  
*Année de production : 2007*

### VIH/SIDA

Les risques si 20 mères qui ont le virus du Sida  
*Année de production : 2007*

Conditions à remplir pour utiliser en toute sécurité le lait de pharmacie  
*Année de production: 2007*

Si vous avez le virus du SIDA, quel est le meilleur choix pour l'alimentation de votre bébé ?  
*Année de production: 2007*

Comment bien allaiter votre bébé ?  
*Année de production: 2007*

Comment nourrir votre bébé avec le lait de pharmacie ?  
*Année de production: 2007*

Alimentation du bébé après l'âge de 6 mois  
*Année de production: 2008*

« Jeune, prends conscience : ton avenir d'abord »  
*Année de production : 2007*

« Femme enceinte, n'oublie pas ta sage femme »  
*Année de production : 2007*

### La Planification Familiale

C'est si facile d'avoir des enfants quand on veut  
*Année de production : 2007*

Procédé du Counseling (Counseling en PF)  
*Année de production : 2008*

Boîte à images sur les méthodes contraceptives modernes  
*Année de production : 2008*

Cartable PF  
*Année de production : 2008*

Le Bonheur du ménage  
*Année de production : 2009*

### Paludisme

Chansons populaires sur la prévention et la prise en charge du paludisme simple dans les communautés  
*Année de production : 2007*

Pour le bien être des enfants  
*Année de production : 2007*

Sang donné, vie sauvée  
*Année de production : 2008*

Administration du COARTEM  
*Année de production : 2008*

Echelle d'évaluation du coma selon GLASGOW et BLANTYRE  
*Année de production : 2009*

Comment faire le test de diagnostic rapide pour le paludisme  
*Année de production : 2008*

Prise en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans  
*Année de production : 2008*

### Santé de la Mère et de l'Enfant

Soins Essentiels à la Mère et au Nouveau Né  
*Année de production : 2008*

Habillement pour le bloc opératoire et pour les salles d'accouchement  
*Année de production : 2009*

Tout n'est pas perdu  
*Année de production : 2010*

Informe-toi et sauve la vie  
*Année de production : 2010*

Connaitre et Combattre les Fistules Obstétricales : Ensemble, Nous Vaincrons  
*Année de production : 2011*

Titre: Aide Mémoire pour les Coaches  
*Année de production : 2011*

Titre: Le Coaching comme un Outil d'Accompagnement des Equipes d'Amélioration de la Qualité  
*Année de production : 2011*

### Santé Familiale

Boîte à images pour la Promotion de la Santé Familiale  
*Année de production : 2008*

Ma boussole pour la vie  
*Année de production : 2009*

### Santé Communautaire

Mutuelle de Santé au Bénin : Pourquoi ? Pour qui ? Comment ?  
*Année de production : 2008*

Fiche de référence et de contre référence  
*Année de production : 2009*

Chansons populaires sur la promotion de la PF, la prévention des IST/VIH/SIDA et la prise en charge du paludisme simple à domicile  
*Année de production : 2009*



## RELAIS COMMUNAUTAIRES SAUVENT DES VIES AU BÉNIN EN DIAGNOSTIQUANT LE PALUDISME

**B**asile a onze mois et aurait pu mourir si Cossi Dansou, un relais communautaire (RC) n'était pas intervenu aussi rapidement, lui diagnostiqué avec paludisme grave et lui a rapidement transféré dans un centre de santé. L'histoire de Basile illustre les apports potentiels des RC pour sauver la vie des enfants. Les RC sont formés par le Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF) de l'USAID et font un travail remarquable dans des zones reculées du Bénin. Le PISAF est mis en oeuvre par University Research Co., LLC (URC).

### Référence à l'hôpital juste à temps

Basile avait été malade pendant presque une semaine et son état ne faisait qu'empirer quand sa mère l'a emmené voir Cossi, un relais communautaire formé par PISAF et travaillant au service de son village. Cossi a reconnu plusieurs signes de paludisme grave, y compris la couleur blanche des paumes, des convulsions et l'épuisement de l'enfant. Réalisant que Basile allait probablement mourir sans soins médicaux immédiats, Cossi a localisé le père du garçon, qui travaillait dans le champ familial, et a aidé à organiser le transfert de Basil vers le centre de santé le plus proche à Agoué. Reconnaisant la gravité de la maladie, l'infirmière à Agoué a immédiatement transféré la famille à l'hôpital de district de Savalou-Bantè.

### Le paludisme grave: une maladie mortelle

Le paludisme grave chez les jeunes enfants, s'il n'est pas traité, peut provoquer la mort en quelques heures.



Basile a 11 mois et a été diagnostiqué avec le paludisme grave par Cossi, un relais communautaire formé par PISAF (centre). La mère de Basile (à droite) et son frère aîné (à gauche). L'intervention rapide de Cossi a très probablement sauvé la vie de Basile.

*Réalisant que Basile allait probablement mourir sans soins médicaux immédiats, Cossi a localisé le père du garçon, qui travaillait dans le champ Basile a 11 mois et a été diagnostiqué avec le paludisme grave par Cossi, un relais communautaire formé par PISAF (centre). La mère de Basile (à droite) et son frère aîné (à gauche). L'intervention rapide de Cossi a très probablement sauvé la vie de Basile, familial, et a aidé à organiser le transfert de Basil vers le centre de santé le plus proche à Agoué*

Cette publication a été réalisée afin d'être examinée par l'Agence du Développement Internationale Américaine (USAID). Elle a été créée par University Research Co., LLC. Les points de vue dans cette publication ne sont pas une réflexion de l'Agence du Développement Internationale Américaine ou du gouvernement des États-Unis.

**PISAF**

*En tant que le relais communautaire, je sais que même si je n'ai pas grand chose à gagner de ce travail, j'espère me faire connaître. Peut-être qu'un jour je pourrais même travailler dans un établissement de santé. Le concept d'honneur est important.*

Cossi Dansou, relais communautaire

Le traitement diffère selon les symptômes qui peuvent inclure des convulsions, un coma, un choc, une anémie sévère ou l'acidose métabolique. Le traitement nécessite souvent une hospitalisation et si le traitement administré est incorrect il peut faire plus de mal que de bien. Par conséquent, la responsabilité d'un relais communautaire, selon les normes nationales du Bénin, n'est pas de traiter le paludisme sévère, mais d'en reconnaître les symptômes et de transférer le patient immédiatement à un centre de santé.

#### **PISAF forme les relais communautaires en le diagnostic et le traitement du paludisme**

PISAF vise à accroître l'accès et l'amélioration de la qualité des soins de santé à la famille. Dans les régions éloignées où il y a très peu de personnel de santé officiel, le projet forme alors des relais communautaires (RC) afin qu'ils puissent prendre en charge le paludisme et s'assurer de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-C). Les RC dans la région traitent maintenant plus de 2 000 cas présumés de paludisme par mois chez les enfants de moins de cinq ans.

#### **Les relais communautaires valorisent la formation**

Les RC ont signalé une demande accrue des services de soins, probablement en raison de la confiance grandissante de la

communauté dans leur travail. Les RC ne s'occupent pas seulement de la gestion des cas, ils apprennent aussi à reconnaître et à gérer la maladie chez les enfants de 6 mois à 5 ans et à conseiller les mères sur l'alimentation de l'enfant, la planification des naissances, la planification familiale et les pratiques de santé pendant la grossesse, comme par exemple dormir sous une moustiquaire ou aider à atténuer la situation de crise au niveau du personnel de santé, qui, au Bénin, est supérieure à la moyenne sub-saharienne.

de trouver un moyen de transport pour emmener l'enfant au centre de santé. Cela peut l'empêcher de faire son travail correctement et de sauver la vie de ses patients. Plusieurs RC ont mentionné qu'une moto pour transporter les patients et des thermomètres pour prendre la température pourraient être utiles. Certaines communautés ont développé des idées nouvelles pour aider les agents de RC comme par exemple des fonds villageois ont été mis en place pour payer les transports et les visites aux centres

*La formation [RC] a renforcé ma position dans mon village et au sein de ma famille à plusieurs reprises. Depuis que j'ai suivi ma formation, je n'ai pas besoin d'amener mes enfants à l'hôpital du coup je les traite moi-même à la maison. S'il n'est pas nécessaire de les transférer à un centre de santé, je ne les y emmène pas.*

Antoine Togni, relais communautaire

Antoine Togni, un relais communautaire formé par PISAF, a déclaré que ses connaissances acquises lui ont permis de s'occuper de sa propre famille ainsi que de ses voisins. Il prévoit de continuer à servir la communauté, même après la fin du projet.

#### **Relais communautaires très motivés font face aux défis**

Cossi Dansou, le RC qui a aidé Basile, a mentionné de nombreuses difficultés liées à sa position, comme par exemple être de garde 24 heures sur 24 et le fait de répéter certains messages plusieurs fois pour sensibiliser la communauté de manière efficace.

Il a dit, « On peut être appelé à tout moment, même en plein milieu de la nuit. Vous pouvez être dans les champs et quelqu'un vous contact car un enfant est malade ». Le problème principal pour Cossi est de trouver un moyen de transport: même quand un enfant est gravement malade, il peut être difficile

de santé. Les incitations financières peuvent également poser problème: Les RC réalisent seulement un petit bénéfice sur la vente de médicaments et de moustiquaires. Pour les aider, les habitants du village acceptent souvent de les aider mais cette aide peut prendre du temps à se matérialiser.

D'autres départements de santé à base communautaire dans les pays en développement sont confrontés à des défis similaires et essaient de mettre en place des incitations durables pour que les RC soient constamment motivés. Néanmoins, de nombreux RC trouvent leur travail immensément satisfaisant et sont déterminés à aider les membres de leur communauté malgré les difficultés encourues. Selon ses propres mots, Cossi nous dit : « Au début quand j'ai commencé ce travail, il y avait des difficultés. Si on n'aime pas son village, il est impossible de faire ce travail correctement ; c'est l'amour que l'on porte à son village qui permet de faire ce travail ».

#### **Programme intégré de santé familiale / Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF)**

BP 420 Bohicon, République du Bénin

Tél: +229 22.51.18.84/22.51.11.73

[pisaf@urc-benin.com](mailto:pisaf@urc-benin.com)



## SAUVER LA VIE DES FEMMES : AMÉLIORATION DES SOINS OBSTÉTRICAUX AU BÉNIN

**P**our beaucoup de femmes au Bénin, en Afrique de l'Ouest, l'accouchement reste une expérience menaçante.

Les chiffres nationaux indiquent que près de 400 femmes meurent pour 100 000 naissances vivantes, et ces statistiques pourraient sous-estimer l'impact réel de la mortalité maternelle au Bénin. Le Rapport sur le Développement Humain de 2008 a classé le Bénin 163 sur 177 pays sur le plan de la mortalité maternelle. Les données régionales indiquent que la plupart des décès maternels - plus d'un tiers - sont dûs à une hémorragie post-partum (HPP), des saignements utérins excessifs qui surviennent parfois après l'accouchement.

Le Project Intégré de Santé Familiale (PISAF) de l'USAID mis en œuvre par

University Research Co., LLC travaille en collaboration avec le gouvernement du Bénin pour inverser cette tendance alarmante.

Dans les départements du Zou et des Collines dans le centre-sud du Bénin, qui représentent près de 20 % de la population du pays, URC travaille à réduire l'HPP par une approche basée sur l'évidence appelée Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA). Bien que le Ministère de la Santé ait adopté la GATPA comme stratégie nationale en 2004, de nombreuses des centres de sante/hopitaux ont du mal à la mettre en pratique.

Le PISAF met en œuvre une approche d'amélioration de la qualité en établissant des collaboratifs qui vise à améliorer le

fonctionnement du système de santé afin que les directives puissent être traduites en pratiques efficaces.

Dans l'approche collaboratif, les professionnels de santé de chaque niveau du système de santé travaillent ensemble pour déterminer comment améliorer rapidement la qualité des soins au sein d'un secteur spécifique de santé. Ces équipes d'amélioration de la qualité élaborent des indicateurs et proposent de pratiques à tester; les équipes testent les nouvelles pratiques puis mettent en œuvre les meilleurs pratiques à une grande échelle.

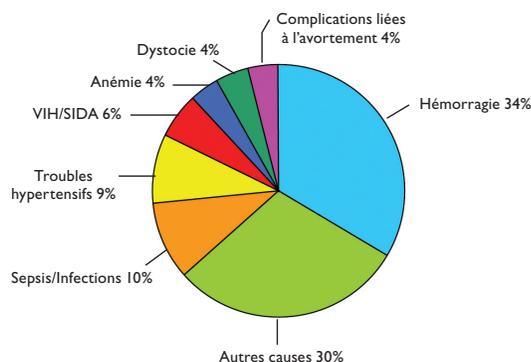
En 2008, PISAF a lancé un collaboratif pour améliorer les soins maternels et néonataux et a mis l'accent sur l'importance de la GATPA. Le collaboratif met également en avant des soins essentiels pour les nouveau-nés ainsi que l'importance de la prévention des infections.

La phase initiale de collaboratif y compris 17 établissements de santé (1 hôpital de district, 4 hôpitaux de zone et 12 centres de santé). Ces établissements de santé mettent en œuvre des changements dans le but de s'assurer que tous les établissements suivent les trois étapes clés de la GATPA:

1) administration d'ocytocine immédiatement après la naissance du bébé, 2) traction contrôlée du cordon ombilical, et 3) massage utérin.

PISAF a fait de progrès rapide dans la mise en œuvre des trois étapes de la GATPA. Comme le montre le tableau ci-contre, le respect de la mise en pratique de ces trois étapes est passé de 73% à 98% en moins

**L'hémorragie est la principale cause de décès chez les mères en Afrique**



1. UNICEF, 2005. UNICEF note que ce taux pourrait atteindre 840/100 000 si il est ajusté afin de prendre en compte les sous-estimations et les erreurs de classification  
2. UNICEF Causes de décès maternel (1997--2002) en Afrique Source: Progrès pour les enfants 7 (UNICEF, Septembre 2008)

Cette publication a été réalisée afin d'être examinée par l'Agence du Développement International Américaine (USAID). Elle a été créée par University Research Co., LLC. Les points de vue dans cette publication ne sont pas une réflexion de l'Agence du Développement International Américaine ou du gouvernement des États-Unis.

**PISAF**

d'un an (mai 2008 à Mars 2009). Au même temps la fréquence des hémorragies graves du post-partum a été réduite de façon significatif (une diminution de 53%).<sup>3</sup>

En raison du succès de cette collaboratif dans la réduction de l'HPP dans sa phase de démonstration, PISAF a décidé de l'étendre à 22 nouveaux sites en juin 2009. PISAF a également prévu d'ajouter des interventions ciblées visant à prévenir l'éclampsie, une cause importante de la mortalité maternelle au niveau des 39 sites.

Une femme dans le département du Zou a donné un témoignage émouvant de son accouchement avant et après le lancement de la collaboratif SONE:

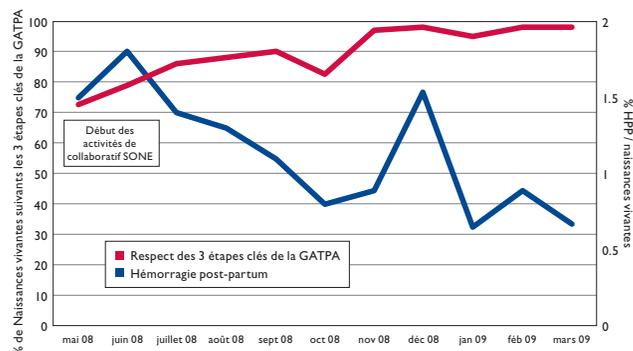
*« Lors de mon dernier accouchement à la maternité de Bohicon, le travail d'accouchement a commencé à environ 7h45, et à 8h30, j'avais déjà perdu conscience à cause d'une hémorragie grave. Le soin offert dans cet établissement ne permettait pas d'arrêter l'hémorragie et par conséquent la sage-femme m'a transférée à l'hôpital départemental à Abomey. J'étais dans une situation grave malgré les soins intensifs que j'ai reçus (transfusion sanguine intraveineuse) à l'hôpital départemental. Il était environ 18 heures quand j'ai repris conscience. Dieu merci, j'ai survécu. Récemment lors de mon dernier accouchement, je suis allée à la maternité de Zogbodomey [département du Zou]. Mon mari et moi nous attendions au pire au vu de notre expérience passée.*

*Mais à notre grand soulagement, tout s'est bien passé et je n'ai pas saigné du tout ... »*

Mme Ganse, une mère qui a bénéficié de la GATPA au Centre de maternité Zogbodomey

## La GATPA réduit la fréquence des hémorragies graves du post-partum

n = 850 naissances vivantes par mois sur 17 sites



Son mari est du même avis:

*« Cet accouchement s'est beaucoup mieux passé que le précédent. Cette fois-ci, il n'y a eu aucune complication. Je m'attendais à être de nouveau transféré [à l'hôpital], puisque le dernier accouchement a entraîné une grave hémorragie et un transfert à l'hôpital... Mais à ma grande surprise, tout s'est bien passé. Du reste, cela nous a seulement coûté 10 000 francs alors que nous avions dû payer 150 000 francs la dernière fois, et c'est sans mentionner le stress psychologique encouru et la crainte de perdre ma femme! »*

M. Ganse

Cette histoire met en avant non seulement le fait que ces interventions permettent de sauver des vies de façon plus direct, mais aussi le coût-efficacité qui résulte de l'amélioration de la qualité des soins.



L'amélioration des soins obstétricaux aide les familles au Bénin, y compris la famille Ganse représentée ici.

3. Il faut noter qu'aucunes données de base n'ont été recueillies avant la mise en œuvre des activités de collaboratif.

### Programme intégré de santé familiale / Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF)

BP 420 Bohicon  
République du Bénin

Tél: +229 22.51.18.84/22.51.11.73  
pisaf@urc-benin.com



## TRAITEMENT ET PRÉVENTION DES FISTULES AU BÉNIN

**A**u moins deux millions de femmes en Afrique, en Asie et au Proche-Orient vivent avec des fistules obstétricales et environ 50 000 à 100 000 nouveaux cas se produisent chaque année. La fistule obstétricale est une perforation de la paroi vaginale qui est la conséquence d'un accouchement prolongé en l'absence de soins médicaux. Cette perforation provoque une incontinence chronique chez la femme et, dans la plupart des cas, elle a pour corollaire la mise au monde d'un enfant mort-né. En outre, si la fistule n'est pas traitée, elle peut entraîner d'autres problèmes médicaux chroniques. Du fait de l'odeur constante et humiliante résultant de fuites d'urine et de matières fécales, les femmes porteuses de fistules sont souvent rejetées par leur famille et leur communauté.

Dans pratiquement tous les cas, les fistules sont évitables. Les causes sous-jacentes de ce problème sont notamment une grossesse précoce, un accouchement à la maison aux mains de personnes sans formation, un retard dans la recherche de soins médicaux durant un travail d'accouchement prolongé, et l'excision (les mutilations génitales féminines). Il y a un lien étroit entre la pauvreté et les fistules car nombre des circonstances qui les favorisent affectent plus fréquemment les filles et les femmes pauvres. La chirurgie peut généralement réparer les fistules mais le coût moyen d'une intervention et des soins post-opératoires est de 300 dollars des États-Unis. La plupart des femmes affectées n'ont pas les moyens de payer pour le traitement et beaucoup ne savent même pas qu'un traitement est disponible. Permettre à ces femmes d'avoir accès à un traitement approprié et les aider à financer la réparation chirurgicale est essentiel à leur bon rétablissement.



La brochure intitulée «*Connaître et Combattre les fistules obstétricales: Ensemble, nous vaincrons*», comprend une description de la fistule, son nom en langue locale, des informations sur les causes et les mesures préventives, et des conseils sur quoi les familles et les communautés peuvent faire si une femme a une fistule obstétricale.



Dans les régions du Zou et des Collines au Bénin, le Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF), financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), a travaillé en partenariat avec des organisations non gouvernementales (ONG) locales pour s'attaquer au problème des fistules. Le programme de lutte contre les fistules, qui s'est déroulé de 2011 jusqu'à la fin 2012, avait deux objectifs principaux : 1) éduquer les agents de santé et le public sur les fistules, leur prévention et leur traitement ; et 2) fournir un traitement et un soutien exhaustifs aux porteuses de fistules et permettre leur réinsertion dans la société. Le PISAF était un projet de six ans (2006-2012) mis en œuvre par University Research Co., LLC (URC) et dont le but était d'améliorer les systèmes de gestion et de mobiliser les communautés en faveur de systèmes de santé axés sur la santé maternelle et néonatale, la santé de l'enfant, le paludisme, le planning familial et le VIH/SIDA

### Méthodes et résultats

Le PISAF a mis en œuvre ses interventions sur les fistules au moyen de six activités principales :

1. L'établissement d'un partenariat avec deux ONG locales pour soutenir des activités au niveau communautaire ;
2. La formation de prestataires de soins de santé et des relais communautaires (RC) sur le dépistage des femmes ayant des fistules et sur pour les options de traitement ;
3. L'éducation du public au sujet des fistules, de leur prévention et de la disponibilité de traitements ;
4. L'identification des cas de fistules existants ; et
5. Le soutien à la réinsertion sociale et économique des femmes dont le traitement avait réussi.

Le PISAF, Projet Intégré de Santé Familiale, est exécuté par University Research Co., LLC en collaboration avec Abt Associates dans le cadre de l'Accord de coopération de l'USAID no 680-A-00-06-00013-00. Les points de vue exprimés dans cette publication ne sont pas une réflexion émanant de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

**PISAF**



Une porteuse de fistule admise au Centre Hospitalier Universitaire National à Cotonou attend les soins.



PISAF aide une ancienne porteuse de fistule qui a été réparé avec succès (extrême droite) avec sa réintégration sociale dans sa communauté.

### Partenariat avec des ONG locales

Pour s'assurer que le programme des fistules atteigne effectivement les communautés locales, le PISAF avait conclu un partenariat avec deux ONG : ALDIPE (Association de Lutte pour un Développement Intégré et pour la Protection de l'Environnement), qui travaillait essentiellement dans la région du Zou, et BACAR (Bureau d'Appui-Conseils d'Afrique pour les Réalisations), qui travaillait principalement dans la région des Collines. Le PISAF finançait et fournissait un soutien technique, ainsi qu'une supervision et un suivi, pour les activités des ONG, qui comprenait la formation des RC, l'éducation du public, l'identification des cas et un soutien pour les femmes et leurs familles, avant et après le traitement. Le PISAF avait choisi les ONG en collaboration avec des représentants de deux directions du Ministère de la Santé (MS) du Bénin : le Directeur départemental chargé des relations avec les institutions et la société civile (DDCRI) et la Direction Départementale de la Santé (DDS) du Zou et des Collines. Les ONG ont été choisies sur la base de l'important travail communautaire qu'elles avaient déjà accompli au niveau local.

### Formation des prestataires de soins et des ASC

Le PISAF a rencontré les prestataires de soins et les ONG ont rencontré des RCs pour les former sur les fistules. Les formateurs ont expliqué ce qu'étaient les fistules et ont enseigné aux deux groupes les signes et symptômes associés pour leur permettre de reconnaître les cas de fistules et pour qu'ils sachent comment référer les femmes pour un traitement. Ces formations ont rectifié l'idée erronée des participants selon laquelle les fistules n'existaient que

dans le nord du pays (une idée qui tenait au fait que les premiers hôpitaux équipés pour traiter les fistules se situaient uniquement dans la partie nord du Bénin). Les participants ont également appris quelles étaient les causes sous-jacentes des fistules et comment les prévenir.

### Éducation communautaire

ALDIPE et BACAR ont travaillé avec le Coordinateur médical régional du MS pour déterminer quelles communautés du Zou et des Collines recevraient une éducation ciblée sur les fistules et ont collaboré avec les RCs et les prestataires de soins déjà formés sur les fistules pour organiser les activités. Grâce à un total de 858 réunions communautaires, les ONG ont éduqué le public en général sur les fistules, leur traitement et leur prévention. Un aspect essentiel de ces réunions a été d'expliquer que la fistule est un problème traitable et que les femmes qui en souffrent ont besoin du soutien de leur famille et de leur communauté, avant et après le traitement. Pendant les réunions, des délégués des ONG ont aussi demandé à ce que les gens indiquent les cas connus de fistules à un RC ou à un établissement de santé pour que les femmes puissent être orientées afin d'être soignées.

En plus des réunions communautaires, les ONG ont sensibilisé le public au sujet des fistules en organisant des séances d'éducation ciblées avec des leaders religieux et des leaders d'opinion, des sages-femmes, des responsables de groupements de femmes, des directeurs de troupes théâtrales locales et des journalistes radio. ALDIPE a également travaillé avec des stations de radio pour la production de huit spots sur les fistules qui ont été traduits dans quatre langues locales pour contribuer à la bonne dissémination de ces

messages.

En partenariat avec le MS béninois, le PISAF a produit une brochure en français visant à éduquer le public au sujet des fistules. Les messages clés dans la brochure rappellent aux lecteurs : 1) de s'assurer que les femmes enceintes reçoivent des soins prénatals réguliers et soient prises en charge immédiatement en cas d'un travail d'accouchement prolongé ; de soutenir, et non de rejeter, les femmes ayant une fistule, une pathologie soignable. Le PISAF et les ONG ont utilisé ces brochures lors des séances d'éducation et en ont fourni des exemplaires aux établissements de santé et aux RCs.

### Traitement pour les cas existants

ALDIPE et BACAR ont travaillé avec des établissements de santé et des RCs pour s'assurer que les ONG soient informées de tous les cas de fistules identifiés qu'ils rapportaient au PISAF. Étant donné que seuls quelques hôpitaux de référence de haut niveau étaient équipés pour opérer des fistules, le PISAF a travaillé avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) pour identifier les hôpitaux susceptibles d'effectuer cette opération. Initialement, trois hôpitaux de référence dans le nord du Bénin disposaient des compétences techniques et du matériel nécessaires pour les opérations. En 2012, le départ de personnel qualifié pour la réparation des fistules et le manque de ressources dans ces hôpitaux ont entraîné une accumulation des cas en attente d'un traitement. Le PISAF a consulté le FNUAP et le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) de Cotonou pour s'assurer que ces femmes puissent y obtenir le traitement nécessaire. En décembre 2012, le CNHU était le seul hôpital à proposer une chirurgie de réparation de fistules.

Les ONG préparaient et coordonnaient des dispositions avec les femmes qui venaient dans les hôpitaux en groupe et qui étaient accompagnées chacune d'un compagnon/une compagne. Le PISAF faisait les arrangements nécessaires pour les déplacements, veillait à l'attribution d'une allocation pour le logement et la nourriture des femmes et des partenaires les accompagnant pendant leur convalescence. Au total, les efforts du PISAF en collaboration avec les ONG ont permis l'identification de 103 femmes porteuses de fistules, le traitement de 85 d'entre elles et 66 opérations réussies. Les femmes dont la chirurgie initiale n'avait pas réussi étaient référées pour une chirurgie et des méthodes de traitement plus pointues.

### Réinsertion sociale et économique des femmes affectées

Les ONG fournissaient un soutien spécialisé aux familles des femmes affectées pour les conseiller sur la manière d'apporter un appui moral et une assistance pendant la convalescence post-opératoire et le suivi clinique. Une fois que les femmes avaient regagné leur domicile à la suite de leur opération, des représentants des ONG leur rendaient visite régulièrement pour vérifier leur état de santé et la progression de leur réinsertion dans leur famille et leur communauté. Pendant ces visites, les femmes discutaient de leurs besoins et elles recevaient un counseling. Dans certains cas, les ONG ont pu les diriger vers des activités génératrices de revenus, telles que des possibilités de microfinancements.

### Recommandations

**B**ien que le programme du PISAF pour la lutte contre les fistules ait été relativement court, il a mis en évidence un certain nombre d'enseignements précieux et de meilleures pratiques pour l'exécution d'interventions en rapport avec des fistules dans des contextes semblables de faibles revenus.

- **Renforcer les systèmes de santé et les capacités des hôpitaux** : Les interventions au niveau communautaire en rapport avec les fistules, comme celles mises en œuvre par le PISAF, n'ont été efficaces que si elles se sont accompagnées d'efforts pour renforcer le système de santé pour qu'il fournisse des soins pertinents, et des investissements plus importants devraient être faits dans ce sens. Les centres de santé doivent disposer des ressources humaines et financières, des capacités et du matériel nécessaires pour traiter correctement

### Une femme raconte son histoire

« J'ai eu une fistule en 2009 à la suite d'un accouchement difficile et prolongé. J'avais 34 ans. À cause de l'odeur, tous mes amis et toute ma famille m'ont abandonnée. Il m'était difficile de sortir en public car je risquais de me mouiller à tout moment et qu'il m'aurait fallu changer de vêtements. Ma vie n'avait plus de sens. J'étais désespérée, je pleurais tout le temps. Grâce à Dieu, j'ai entendu à la radio l'information sur la réparation des fistules. »

« Je suis allée à l'ONG ALDIPE qui n'a ménagé aucun effort pour s'occuper de moi et traiter ma fistule. L'équipe d'ALDIPE a répondu à toutes mes questions au sujet de mon état et m'a accompagnée au centre de santé où j'ai été examinée et diagnostiquée officiellement comme ayant une fistule. J'ai ensuite été mise sur la liste pour le voyage suivant à l'hôpital de Tanguiéta pour ma réparation. ALDIPE a payé pour mon transport et m'a donné de l'argent de poche. À Tanguiéta, nous avons été bien traitées dès notre arrivée pour notre séjour d'un mois. Mon opération a réussi. Je suis complètement remise et je remercie le PISAF et ALDIPE de m'avoir rendu ma vie. »

– Martine Daagbinde

les fistules. En outre, les agents de santé doivent être éduqués au sujet des fistules et doivent être capables d'informer leurs clientes sur la prévention et le traitement. Par ailleurs, les hôpitaux doivent être capables de fournir un traitement réparateur. Fin 2012, il y avait encore un certain nombre de femmes dans le Zou et les Collines qui attendaient pour être opérées en raison d'un manque de personnel hospitalier formé à la réparation des fistules. Des centres spécialisés pour la réparation des fistules ont été ouverts, équipés et dotés de prestataires qualifiés et formés dans tout le pays.

- **Instituer une campagne de sensibilisation nationale** : Des efforts doivent être faits pour une sensibilisation au sujet des fistules, tant au niveau communautaire qu'à celui des établissements, pour réduire l'incidence de cette pathologie. L'éradication des fistules n'incombe pas uniquement au secteur sanitaire. Il convient aussi de comprendre, traiter et surmonter les obstacles sociaux et culturels empêchant les femmes d'être soignées, notamment la notion que les femmes devraient être blâmées et avoir honte de leur problème, et l'idée que les fistules n'existent que dans une région du pays. Les efforts de sensibilisation doivent aider à surmonter des idées fausses au sujet des fistules et faire comprendre au public que la fistule est une maladie comme les autres et qu'elle est à la fois évitable et traitable.
- **Mettre l'accent sur la communication pour la prévention** : L'éducation des prestataires de soins de santé et du public sur les causes sous-jacentes des fistules et sur les pratiques de prévention des fistules est essentielle pour combattre le problème avant qu'il ne survienne.
- **Fournir des opportunités de réinsertion sociale après le traitement** : Fréquemment, les femmes ayant une fistule sont rejetées et envoyées ailleurs par leur famille en raison de leur état. Bien que les travaux du PISAF aient trouvé qu'au Bénin certaines des porteuses de fistules n'étaient pas complètement rejetées par leur famille mais conservaient un système de soutien pouvant être mis à profit pendant la convalescence, les efforts de réinsertion sociale demeuraient un élément essentiel du travail du projet. Ces efforts doivent faire appel aux mécanismes de soutien communautaire existants, tels que les groupements de femmes et les groupes religieux, pour assurer leur réussite.
- **Fournir des opportunités de revenus après le traitement** : En plus de la réinsertion sociale, la réinsertion économique des femmes est essentielle pour leur permettre de rejoindre pleinement leur communauté. Des possibilités d'activités génératrices de revenus devraient être proposées aux femmes après leur chirurgie réussie et devraient s'accompagner d'activités de renforcement des compétences pour assurer leur efficacité.
- **Adopter une approche globale** : Une approche comprenant le renforcement des systèmes de santé, l'éducation des prestataires de soins et de la communauté, le traitement des fistules et le soutien à la réinsertion socio-économique est essentielle pour traiter efficacement les femmes porteuses de fistules et pour prévenir à la survenue de nouveaux cas.



## PILOTAGE DE L'INDICATEUR DU GENRE DE L'USAID SUR L'ÉGALITÉ DE L'ACCÈS AUX OPPORTUNITÉS SOCIALES, ÉCONOMIQUES ET POLITIQUES AU BÉNIN

### Contexte

L'égalité des genres et l'habilitation des femmes sont universellement reconnues comme étant des objectifs de développement fondamentaux, essentiels à la réalisation des droits de la personne, et cruciaux pour parvenir à des résultats efficaces et durables en matière de développement, notamment pour les résultats en termes de santé. Au Bénin, un document de Politique Nationale de Promotion du Genre (2009) a montré que des disparités liées au genre, associées aux rôles sociaux et économiques traditionnels, avaient entravé l'atteinte des objectifs de développement.<sup>1</sup> Bien que ces pratiques traditionnelles évoluent avec le temps, le statut des hommes et des femmes et la manière dont ils sont traités restent inégaux, avec le fardeau de la pauvreté qui pèse lourdement sur les femmes.

Le dernier recensement général de la population en 2002 a mis en évidence un taux global de participation à l'économie de 63,8%, avec une participation des hommes (68,3%) supérieure de 9% à celle des femmes (59,7%).<sup>2</sup> L'Enquête Démographique et de Santé de 2006 a indiqué que seulement 53,3% des femmes entre les âges de 15 et de 49 ans rapportaient qu'elles étaient payées pour leur travail.<sup>3</sup> En politique, les disparités entre genres sont également marquées. Les premières élections locales ont été organisées

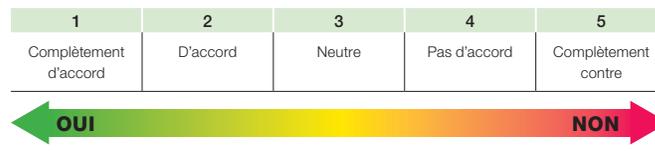
<sup>1</sup> Ministère de la famille et de la solidarité nationale, Politique nationale de promotion du genre au Bénin, 2009.

<sup>2</sup> Institut national de la statistique (INSAE), Rapport général du Troisième recensement général de la population et de l'habitation, 2004

<sup>3</sup> Macro Int'l/INSAE, Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé de 2006 au Bénin, 2007.

<sup>4</sup> JICA, Country Gender Profile Benin, décembre 2009.

Figure 1: Échelle visuelle  
(L'outil a été développé en Français et Fon)



en 2002, et la représentation des femmes au sein des conseils locaux n'a été que de 3,75% (45 femmes élues/1 200 conseillers municipaux). À l'issue des deuxième élections locales, on a enregistré une progression de 0,43% de la représentation des femmes (60/1 435).<sup>4</sup>

### Méthodes

Reconnaissant le rôle majeur que joue ce type d'inégalité entre les genres dans les résultats de santé, l'USAID est devenue le fer de lance d'une planification stratégique centrée autour des meilleures approches pour remédier aux inégalités aux niveaux de la communauté, du système de santé et du secteur sanitaire. La première étape dans cette planification stratégique est de collecter des données de référence pour évaluer la situation actuelle sur le terrain. Le Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF), financé par l'USAID et mis en œuvre par University Research Co., LLC, a testé à titre pilote l'Indicateur du genre de l'USAID « **Proportion de la population cible rapportant une plus grande entente sur le concept que les hommes et les femmes devraient avoir un accès égal aux opportunités sociales, économiques et politiques** ». Ce test s'est fait au moyen d'enquêtes dans les départements béninois du Zou/Collines, de l'Atlantique/Littoral et Borgou/Alibori.

Les données pour cet indicateur ont été

*L'égalité des genres et l'habilitation des femmes sont universellement reconnues comme étant des objectifs de développement fondamentaux, essentiels à la réalisation des droits de la personne, et cruciaux pour parvenir à des résultats efficaces et durables en matière de développement, notamment pour les résultats en termes de santé.*

collectées en demandant aux enquêtés d'évaluer leur accord ou leur désaccord avec les énoncés suivants :

- Les femmes devraient avoir les mêmes droits que les hommes et être traitées de la même manière que ceux-ci.
- Dans l'ensemble, les hommes font de meilleurs dirigeants politiques que les femmes et devraient être élus de préférence à des femmes.
- Lorsque les emplois sont rares, les hommes devraient avoir davantage droit à un emploi que les femmes.

Les réponses ont été notées sur une échelle de Likert comportant cinq niveaux allant de « Complètement d'accord » à « Complètement contre ». Ces questions

Le PISAF, Projet Intégré de Santé Familiale, est exécuté par University Research Co., LLC en collaboration avec Abt Associates dans le cadre de l'Accord de coopération de l'USAID no 680-A-00-06-00013-00. Les points de vue exprimés dans cette publication ne sont pas une réflexion émanant de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID).

**Tableau 1 : Statistiques descriptives des enquêtés sur la base du test pilote**

Statistiques descriptives		N	%
Région	Atlantique/Littoral	7	29%
	Zou/Collines	8	33%
	Borgou/Ailbori	9	38%
Genre	Homme	13	54%
	Femme	10	42%
	Pas de réponse	1	4%
Niveau d'éducation	Aucun	2	8%
	Primaire	4	17%
	Secondaire	12	50%
	Université	2	8%
	Pas de réponse	4	17%
Situation de famille	Marié(e)	20	83%
	Célibataire	3	13%
	Pas de réponse	1	4%
Religion	Catholique	8	33%
	Protestant	1	4%
	Chrétien	2	8%
	Animiste	3	13%
	Musulman	8	33%
	Autre	1	4%
	Inconnue	1	4%

**Tableau 2 : Résultats du test pilote du questionnaire**

Résultats	N	% (n=24)	
Les femmes devraient avoir les mêmes droits que les hommes et être traitées de la même manière que ceux-ci	Complètement d'accord	17	71%
	D'accord	1	4%
	Neutre	1	4%
	Pas d'accord	4	17%
	Complètement contre	1	4%
Il vaut mieux élire des hommes plutôt que des femmes car ils font de meilleurs dirigeants politiques	Complètement d'accord	4	17%
	D'accord	6	25%
	Neutre	4	17%
	Pas d'accord	9	38%
Lorsque les emplois sont rares, les hommes devraient avoir davantage droit à un emploi que les femmes	Complètement d'accord	7	29%
	D'accord	3	13%
	Neutre	0	0%
	Pas d'accord	13	54%
Avez-vous déjà entendu parler du concept de genre ?	Oui	15	63%
	Non	9	37%
Si vous en avez entendu parler, d'où tenez-vous l'information (n=15)*	Radio	11	73%
	TV	4	27%
	Formation	3	20%
	Conversation personnelle	2	13%
	Travail	1	6%
	À la maison	1	6%

\* Les pourcentages sont supérieurs à 100% étant donné que certains enquêtés ont mentionné plusieurs sources d'information

avaient été validées au préalable par l'Enquête Mondiale sur les Valeurs et par l'AfroBaromètre en Afrique. Deux questions supplémentaires ont été ajoutées par l'Équipe du PISAF concernant l'exposition antérieure au concept de genre et la source de cette information.

Une fois les questions traduites initialement en français, elles ont été testées sur le terrain avec un échantillon de commodité de personnes se trouvant dans les environs du centre de santé de Bohicon, au Bénin. La clarté des concepts pour les enquêtés et la compréhension qu'avaient ceux-ci des questions étaient bonnes. Les principales difficultés qui sont apparues tenaient à la distinction entre d'une part le concept de « droits » au sein du couple puis de la famille au sens plus large, et d'autre part l'énoncé en deux parties sur le leadership politique. L'énoncé « Dans l'ensemble, les hommes font de meilleurs dirigeants politiques et devraient être élus de préférence à des femmes » a été reformulé comme suit : « Il vaut mieux élire des hommes plutôt que des femmes car ils font de meilleurs dirigeants politiques ». Pour l'énoncé sur l'emploi, un exemple courant sur l'égalité des chances dans le recrutement s'est

**Trois groupes de discussion dirigée ont été organisés pour s'assurer que la traduction française et la terminologie en fon dans le questionnaire actualisé étaient appropriées et faciles à comprendre pour la population cible.**

dégagé des essais sur le terrain et il a ensuite été incorporé à l'énoncé : « Si un homme et une femme ayant des qualifications égales sont tous deux candidats pour un emploi et si un seul poste est disponible, est-ce que le poste devrait aller à l'homme ? » Une échelle visuelle s'est avérée utile pour affirmer les réponses en faisant un recoupement avec le degré d'accord ou de désaccord.

Une fois ces modifications effectuées, le questionnaire actualisé a été traduit en fon, la langue locale la plus courante au Bénin. Trois groupes de discussion dirigée ont été organisés pour s'assurer que la traduction française et la terminologie en fon dans le questionnaire actualisé étaient appropriées

et faciles à comprendre pour la population cible. Il y a eu un groupe de discussion dirigée constitué uniquement de femmes, un autre uniquement d'hommes et un troisième comprenant à la fois des hommes et des femmes. Les enquêtés avaient un niveau d'éducation primaire et/ou avaient fait quelques études secondaires. Des entretiens individuels avec trois femmes et un homme en fon et avec deux femmes et deux hommes en français ont permis une conversation plus détaillée sur chacune des questions.

Cette validation n'a pas entraîné d'autres changements dans les questions fondamentales mais des données démographiques de base ainsi qu'une introduction et une section sur le consentement ont été ajoutées au questionnaire. Une question supplémentaire a été ajoutée sur l'exposition antérieure au concept de genre.

Le questionnaire final qui en résulte a été distribué au personnel du PISAF pour pilotage auprès d'un échantillon de commodité de la population visée qu'il rencontrerait pendant ses activités normales dans les Départements du Zou/Collines, de l'Atlantique/Littoral et du Borgou/Ailbori.

**Tableau 3 : Résultats du test pilote, par genre**

Résultats		Nombre (hommes)	% (n=13)	Nombre (femmes)	% (n=10)
Les femmes devraient avoir les mêmes droits que les hommes et être traitées de la même manière que ceux-ci	Complètement d'accord	8	62%	8	80%
	D'accord	0	0%	1	10%
	Neutre	1	8%	0	0%
	Pas d'accord	3	23%	1	10%
	Complètement contre	1	8%	0	0%
Il vaut mieux élire des hommes plutôt que des femmes car ils font de meilleurs dirigeants politiques	Complètement d'accord	1	8%	2	20%
	D'accord	4	31%	2	20%
	Neutre	3	23%	1	10%
	Pas d'accord	4	31%	5	50%
	Complètement contre	1	8%	0	0%
Lorsque les emplois sont rares, les hommes devraient avoir davantage droit à un emploi que les femmes	Complètement d'accord	6	46%	1	10%
	D'accord	3	23%	0	0%
	Neutre	0	0%	0	0%
	Pas d'accord	4	31%	8	80%
	Complètement contre	0	0%	1	10%
Avez-vous déjà entendu parler du concept de genre ?	Oui	8	62%	6	60%
	Non	5	38%	4	40%

Le personnel a reçu une orientation d'un jour comprenant notamment la revue du questionnaire et de l'échelle visuelle, et des occasions de pratiquer l'administration du questionnaire. Pendant cette orientation, le personnel a formulé une explication standardisée du concept de « genre » qui serait donnée si l'enquêté ne connaissait pas ce concept.

### Résultats

Vingt-quatre questionnaires au total ont été complétés dans trois départements du Bénin avec des patients visitant des centres de santé, du personnel de centres de santé et du personnel en formation. Le personnel du PISAF qui administrait les questionnaires a noté que, tandis que les questions avaient été traduites correctement de français en fon, il n'existait souvent pas de terme pour « genre » dans d'autres langues locales du Bénin, et il fallait donc utiliser la définition standard pour clarification. En général, le questionnaire était bien reçu.

Cinquante-quatre pour cent des enquêtés étaient des hommes et 42% des femmes, et la moitié au moins avait un certain niveau d'éducation secondaire. La majorité des enquêtés étaient mariés. La plupart étaient des chrétiens (s'identifiant eux-mêmes comme étant catholiques, protestants ou

chrétiens) et un tiers des enquêtés étaient des musulmans. La répartition était sensiblement la même dans les trois départements du pays. Le Tableau 1 récapitule les statistiques descriptives des enquêtés.

Du fait de la petite taille de l'échantillon, la signification statistique de ces résultats n'a pu être testée, mais la majorité des enquêtés était fortement d'accord avec l'idée que les femmes devraient avoir les mêmes droits que les hommes et être traitées de la même manière que ceux-ci. Les réponses relatives à l'énoncé sur le leadership politique étaient plus tranchées, avec 42% de réponses affirmatives, 17% de réponses neutres et 42% de réponses négatives. L'énoncé au sujet de l'égalité des genres dans l'embauche a mis en évidence quelques variations, avec 42% de réponses affirmatives et 58% de réponses négatives. Il convient de remarquer que, pour la majorité des enquêtés qui avaient entendu parler du genre, la radio était l'une de leurs sources d'information sur le sujet, avec la télévision en deuxième position, loin derrière. Le Tableau 2 montre les résultats complets du test pilote du questionnaire.

Des tendances intéressantes sont apparues lorsque les réponses ont été désagrégées en fonction du sexe des personnes enquêtées. Pour les énoncés sur l'égalité des droits et le traitement et les hommes

**Tableau 4 : Source de l'information sur le genre, par genre**

	Hommes	Femmes
Radio	5	6
TV	2	2
Conversation personnelle	1	1
Formation	3	0
Travail	1	0
Domicile	0	1

comme meilleurs dirigeants politiques, les tendances étaient similaires. Mais, pour les énoncés sur les droits à l'emploi, davantage d'hommes étaient d'accord pour dire que les hommes devraient avoir davantage droit à un emploi que les femmes lorsque les postes sont rares ; quatre-vingt-dix pour cent (90%) des femmes n'étaient pas d'accord avec l'énoncé. Les Tableaux 3 et 4 montrent les résultats du test pilote par genre. Pour les enquêtés qui avaient entendu parler du genre, la plupart des sources d'information étaient également les mêmes, quel que soit le genre. Il est intéressant de noter toutefois que les formations étaient une source d'information sur le genre pour 37,5% des hommes qui en avaient entendu parler. Par contre, les formations n'étaient une source d'information pour aucune des femmes ayant déjà entendu parler du genre.

### Conclusion

Le questionnaire adapté a été piloté avec succès dans trois départements différents du Bénin. La formulation de questions et d'explications standardisées sur le concept du genre dans la langue locale utilisée pour le questionnaire est une étape importante pour tout processus d'adaptation réussi. Le questionnaire devrait être porté à l'échelle et administré plus largement dans l'ensemble du Bénin. Les données collectées à partir d'une application plus vaste du questionnaire seront utiles pour intégrer les approches ciblées visant à améliorer l'égalité des genres et l'habilitation des femmes au Bénin afin d'obtenir de meilleurs résultats de santé pour les femmes, les enfants et les familles.

**Integrated Family Health Program/Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF)**

BP 420 Bohicon • République du Bénin • Tél: +229 22.51.18.84/22.51.11.73 • pisaf@urc-benin.com



## SAUVER LA VIE DES ENFANTS PAR LE BIAIS DE STRATÉGIES INNOVANTES: TRI, ÉVALUATION, TRAITEMENT EN URGENCE

*Une stratégie efficace pour réduire le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux du Bénin*

**A**u Bénin, en 2011, le paludisme a généré environ 1,2 millions de consultations médicales et a été responsable de plus de 1 700 décès dans les centres de santé. Plus de 40% des cas de paludisme observés dans les centres de santé sont des enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, la grande majorité des décès dus au paludisme (environ 75%) font partie de ce même groupe d'âge, et chez les enfants qui meurent du paludisme, plus d'un sur quatre meurt dans les premières 24 heures après l'admission à l'hôpital.

Dans le monde entier, de nombreux décès enregistrés dans les hôpitaux chez les enfants de moins de 5 ans surviennent dans les premières 24 heures après l'admission et beaucoup de ces enfants gravement malades passent des minutes précieuses à attendre leur tour à l'hôpital pour une consultation médicale. La plupart de ces décès pourraient être évités si ces enfants gravement malades sont identifiés dès leur arrivée au centre et si un traitement approprié est commencé immédiatement. On appelle cette stratégie "**Tri, Évaluation, Traitement et Urgence**" ou **TETU**. TETU est une approche systématique, efficace, et intégrée, mise en place par l'OMS et qui inclut un protocole à suivre dans les situations de soins d'urgence, y compris le paludisme grave, chez les enfants de moins de 5 ans. La stratégie consiste à évaluer systématiquement tous les enfants de moins de 5 ans au moment de leur arrivée à l'hôpital, et de rapidement organiser les patients selon la gravité de leur cas et de fournir des soins d'urgence immédiats.



Oxygénothérapie effectuée sur un enfant avec un concentrateur d'oxygène d'urgence. Le concentrateur, avec un distributeur à 5 voies, a été acheté grâce à des fonds du PMI.

*Avant TETU je craignais les urgences pédiatriques mais maintenant grâce à TETU je suis plus à l'aise pour traiter les situations d'urgence*

En 2010, le Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF), avec un financement de PMI / USAID et mis en œuvre par University Research Co., LLC (URC), a lancé un effort pour améliorer la qualité des soins des enfants gravement malades en milieu hospitalier; y compris les enfants atteints de paludisme

grave. En utilisant une approche structurée pour se concentrer sur l'amélioration, le PISAF a travaillé avec le Ministère de la Santé pour parvenir à un consensus sur les protocoles cliniques, pour développer et valider un outil de travail pour le diagnostic et le traitement du paludisme grave et pour

Figure 1. Aide de travail pour les cas de paludisme grave développée par PISAF

USAID BÉNIN		Prise en charge de Paludisme grave chez l'enfant < 5 ans				MINISTÈRE DE LA SANTÉ																																																																																						
Éléments diagnostiques : (GE/FS + Signes de gravité : Convulsions, choc, hypoglycémie, coma, anémie grave, acidose)		Traitement spécifique et Traitement des complications																																																																																										
<b>Traitement spécifiques</b> 1) Donner 10 mg de Quinine 10mg/kg (à la fois en perfusion dans 20-30 ml de 5% pendant 48 heures) et 10 mg de Clonidine 100 µg/kg par toutes les 6 heures. 2) Insuline hypoglycémique - donner 1ml/kg de 0.25% ou 5 ml/kg (0.25%) soit 12.5 unités d'insuline en IMD 3) Contrôler des signes vitaux toutes les 6 heures : pouls, température, tension artérielle 4) Ne pas réhydrater dans un tableau ou ce qui revient à 2 ml de glucose, lactose, mélécanolamine et électrolytes, seuls, éventuellement pendant 24 heures et tous les jours	<b>Convulsions</b> 1) NE RIEN DONNER PER OS 2) Administrer Diazepam 10 mg (Phénobarbital bolus) chez l'enfant 3) Méfloquine - Donner 1ml/kg de 0.25% ou 5 ml/kg (0.25%) à la fois en IMD 4) Répéter Diazepam 10 mg toutes les 15 minutes les convulsions Continuent 5) Après 10 minutes encore si les convulsions continuent, donner l'isométhane dose de Diazepam 10 mg ou Phénobarbital (sauf en IMD)	<b>Coma</b> 1) Allaiter de 0 à 2, ou EVD* (si possible) 2) Allonger le malade la tête de côté, aspirer, aspirer et presser la langue 3) Donner 1ml/kg de 0.25% ou 5 ml/kg (0.25%) par tableau au-dessus en IMD ou par Sonde nasogastrique 4) Mettre glycémie après 30 min, et 4 hypoglycémie pendant, répéter en IMD ou CFD à la même posologie.	<b>Choc</b> (Même l'indice avec temps de recoloration > 2 secondes et pouls rapide et faible) <b>Enfant bien nourri :</b> 1) Donner du Ringier Lactose ou 250ml en IMD au plus vite par voie orale. 2) Administrer de l'oxygène à 2 litres/min 3) Répéter le pouls et le Ringier Lactose ou 250ml si pas d'amélioration, jusqu'à 3 fois 4) Si pas d'amélioration, administrer 20ml/kg de sang total en 30 minutes		<b>Enfant sévèrement malnourri :</b> (Amélioration visible relative ou absence des deux points) 1) Prendre le pouls et la fréquence respiratoire (FR) 2) Donner du Ringier Lactose ou 250ml ou par sonde nasogastrique. Si enfant incertain prendre un abord veineux et administrer le mélange modèle 2 (2% + modèle Lactose Ringier 100 modèle 2 (2% + modèle 2) (2%)) à raison de 10ml/kg en 15 min 3) Si normalisation du pouls et de la FR (sans du pouls et de la FR) Répéter le Ringier 250 pendant une heure, puis passer à Phéfolal ou SPC dilués de modèle 2 (2%) à raison de 10ml/kg en 15 min		<b>Anémie grave</b> - Palour pauvre stable ou - Palour + Signes de décompensation ou (FR > 60% ou H+ < 5%) 1) Prendre et noter le pouls et la fréquence respiratoire (FR) 2) Donner du sang glucose à raison de 10ml/kg ou du sang total à raison de 20ml/kg à la fois pendant 15-20 minutes. 3) Si pouls ou FR augmentent FR augmenté de 3mm ou pouls de 20/min 4) Arrêter la transfusion. 5) Mettre du glucose à la raison de 1ml/kg 6) Répéter la transfusion au bout de quelques heures après une bonne stabilisation 7) Si la transfusion reste inefficace toujours en anémie grave, il faut réitérer	<b>Acidose</b> (Respiration lente et profonde) PH < 7.30 Si Hb est > 5g/dl : 1) Donner 20ml/kg de sérum Phéfolal ou de solution glucose isotonique en 15 min 20ml 2) Donner de l'oxygène à raison de 1 à 2 litres/min 3) Si pouls ou FR augmentent FR augmenté de 3mm ou pouls de 20/min Si Hb est < 5 g/dl : 1) Prendre et noter le pouls et la fréquence respiratoire (FR) 2) Donner de l'oxygène à raison de 1 à 2 litres/min 3) Donner 10ml/kg de sang total en 30min 4) Vérifier le pouls et la FR toutes les 15 min 5) Si pouls et FR restent stables : Répéter cette dose de sang 1 h et évaluer tout effet sur la fréquence de la respiration 6) Si pouls ou FR s'accroissent au cours de la transfusion : arrêter la transfusion pour évaluer l'acidose 7) Si il n'y a pas d'amélioration au bout de la 3ème transfusion, donner du sérum bicarbonate																																																																																				
			<b>SUIVI :</b> • Réguler quinine à H.R. H. 30, H. 24, H. 12 • Passer à la capote orale que possible, mais après 24H de perfusion - Quinine orale 10mg/kg toutes les 6 heures pour terminer les 7 jours • Répéter le phénobarbital à 24 heures - Répéter à 7 et 24 h si possible. Exemple: première dose pour enfant de 7kg : donner 70mg de quinine soluble à 100 - 125 mg de GFD pendant de	<b>DIAZEPAM</b> (solution à 10mg/5ml) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Préposée</th> <th>Posologie (voir détails)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Age jusqu'à 2 mois</td> <td>0.5 ml</td> </tr> <tr> <td>2 mois à 4 mois</td> <td>1 ml</td> </tr> <tr> <td>4 mois à 6 mois</td> <td>1.5 ml</td> </tr> <tr> <td>6 mois à 12 mois</td> <td>2 ml</td> </tr> <tr> <td>12 mois à 3 ans</td> <td>3 ml</td> </tr> <tr> <td>3 ans à 5 ans</td> <td>4.5 ml</td> </tr> <tr> <td>5 à 10 kg</td> <td>5 ml</td> </tr> </tbody> </table>	Préposée	Posologie (voir détails)			Age jusqu'à 2 mois	0.5 ml	2 mois à 4 mois	1 ml	4 mois à 6 mois	1.5 ml	6 mois à 12 mois	2 ml	12 mois à 3 ans	3 ml	3 ans à 5 ans	4.5 ml	5 à 10 kg	5 ml	<b>ClO EN SOLUS</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Age ou poids</th> <th>Volume de ClO (5mg/ml)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Néonés 0-2 ans</td> <td>15 ml</td> </tr> <tr> <td>2 mois à 4 mois</td> <td>25 ml</td> </tr> <tr> <td>4 à 6 kg</td> <td>35 ml</td> </tr> <tr> <td>4 mois à 12 mois</td> <td>40 ml</td> </tr> <tr> <td>6 à 10 kg</td> <td>40 ml</td> </tr> <tr> <td>1 an à 3 ans</td> <td>50 ml</td> </tr> <tr> <td>10 à 15 kg</td> <td>50 ml</td> </tr> <tr> <td>3 ans à 5 ans</td> <td>60 ml</td> </tr> <tr> <td>15 à 19 kg</td> <td>60 ml</td> </tr> </tbody> </table>	Age ou poids	Volume de ClO (5mg/ml)	Néonés 0-2 ans	15 ml	2 mois à 4 mois	25 ml	4 à 6 kg	35 ml	4 mois à 12 mois	40 ml	6 à 10 kg	40 ml	1 an à 3 ans	50 ml	10 à 15 kg	50 ml	3 ans à 5 ans	60 ml	15 à 19 kg	60 ml	<b>BOLUS RINGER</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Appréciés</th> <th>Statut bien nourri</th> <th>Statut mal nourri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moins de 6 ans</td> <td>75ml</td> <td>75ml</td> </tr> <tr> <td>2 mois à 4 mois</td> <td>100ml</td> <td>100ml</td> </tr> <tr> <td>4 mois à 12 mois</td> <td>125ml</td> <td>125ml</td> </tr> <tr> <td>6 à 10 kg</td> <td>150ml</td> <td>150ml</td> </tr> <tr> <td>1 an à 3 ans</td> <td>200ml</td> <td>200ml</td> </tr> <tr> <td>10 à 15 kg</td> <td>250ml</td> <td>250ml</td> </tr> <tr> <td>3 ans à 5 ans</td> <td>300ml</td> <td>300ml</td> </tr> <tr> <td>15 à 19 kg</td> <td>350ml</td> <td>350ml</td> </tr> </tbody> </table>	Appréciés	Statut bien nourri	Statut mal nourri	Moins de 6 ans	75ml	75ml	2 mois à 4 mois	100ml	100ml	4 mois à 12 mois	125ml	125ml	6 à 10 kg	150ml	150ml	1 an à 3 ans	200ml	200ml	10 à 15 kg	250ml	250ml	3 ans à 5 ans	300ml	300ml	15 à 19 kg	350ml	350ml	<b>MELANGE RINGER ET GS</b> Mélange 1 (5% + 0.9% NaCl) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Poids</th> <th>100 ml</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4 kg</td> <td>100 ml</td> </tr> <tr> <td>6 kg</td> <td>150 ml</td> </tr> <tr> <td>8 kg</td> <td>150 ml</td> </tr> <tr> <td>10 kg</td> <td>150 ml</td> </tr> <tr> <td>12 kg</td> <td>150 ml</td> </tr> <tr> <td>14 kg</td> <td>150 ml</td> </tr> <tr> <td>16 kg</td> <td>240 ml</td> </tr> <tr> <td>18 kg</td> <td>270 ml</td> </tr> </tbody> </table>	Poids	100 ml	4 kg	100 ml	6 kg	150 ml	8 kg	150 ml	10 kg	150 ml	12 kg	150 ml	14 kg	150 ml	16 kg	240 ml	18 kg	270 ml	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SÉRUM BICARBONATE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 42%</td> <td>2 à 3 cc/kg</td> </tr> <tr> <td>88 10%</td> <td>5 cc/kg</td> </tr> </tbody> </table>	SÉRUM BICARBONATE
Préposée	Posologie (voir détails)																																																																																											
Age jusqu'à 2 mois	0.5 ml																																																																																											
2 mois à 4 mois	1 ml																																																																																											
4 mois à 6 mois	1.5 ml																																																																																											
6 mois à 12 mois	2 ml																																																																																											
12 mois à 3 ans	3 ml																																																																																											
3 ans à 5 ans	4.5 ml																																																																																											
5 à 10 kg	5 ml																																																																																											
Age ou poids	Volume de ClO (5mg/ml)																																																																																											
Néonés 0-2 ans	15 ml																																																																																											
2 mois à 4 mois	25 ml																																																																																											
4 à 6 kg	35 ml																																																																																											
4 mois à 12 mois	40 ml																																																																																											
6 à 10 kg	40 ml																																																																																											
1 an à 3 ans	50 ml																																																																																											
10 à 15 kg	50 ml																																																																																											
3 ans à 5 ans	60 ml																																																																																											
15 à 19 kg	60 ml																																																																																											
Appréciés	Statut bien nourri	Statut mal nourri																																																																																										
Moins de 6 ans	75ml	75ml																																																																																										
2 mois à 4 mois	100ml	100ml																																																																																										
4 mois à 12 mois	125ml	125ml																																																																																										
6 à 10 kg	150ml	150ml																																																																																										
1 an à 3 ans	200ml	200ml																																																																																										
10 à 15 kg	250ml	250ml																																																																																										
3 ans à 5 ans	300ml	300ml																																																																																										
15 à 19 kg	350ml	350ml																																																																																										
Poids	100 ml																																																																																											
4 kg	100 ml																																																																																											
6 kg	150 ml																																																																																											
8 kg	150 ml																																																																																											
10 kg	150 ml																																																																																											
12 kg	150 ml																																																																																											
14 kg	150 ml																																																																																											
16 kg	240 ml																																																																																											
18 kg	270 ml																																																																																											
SÉRUM BICARBONATE																																																																																												
50 42%	2 à 3 cc/kg																																																																																											
88 10%	5 cc/kg																																																																																											
<b>PHENOBARBITAL</b> (solution en ml) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Age</th> <th>Posologie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Néonés-né</td> <td>20 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>1 à 30 mois</td> <td>10 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>31 mois à 6 ans</td> <td>10 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>Acidose de 6 ans</td> <td>5 mg/kg</td> </tr> </tbody> </table>	Age	Posologie	Néonés-né	20 mg/kg	1 à 30 mois	10 mg/kg	31 mois à 6 ans	10 mg/kg	Acidose de 6 ans	5 mg/kg	<b>DEFINITION HYPOGLYCEMIE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Etat Nutritionnel</th> <th>Opinion Néoglycémie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfant bien nourri</td> <td>&lt; 0.55 g/l ou 100 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>Enfant sévèrement malnourri</td> <td>&lt; 0.50 g/l ou 80 mg/dl (GFD)</td> </tr> </tbody> </table>	Etat Nutritionnel	Opinion Néoglycémie	Enfant bien nourri	< 0.55 g/l ou 100 mg/dl	Enfant sévèrement malnourri	< 0.50 g/l ou 80 mg/dl (GFD)																																																																											
Age	Posologie																																																																																											
Néonés-né	20 mg/kg																																																																																											
1 à 30 mois	10 mg/kg																																																																																											
31 mois à 6 ans	10 mg/kg																																																																																											
Acidose de 6 ans	5 mg/kg																																																																																											
Etat Nutritionnel	Opinion Néoglycémie																																																																																											
Enfant bien nourri	< 0.55 g/l ou 100 mg/dl																																																																																											
Enfant sévèrement malnourri	< 0.50 g/l ou 80 mg/dl (GFD)																																																																																											

Tableau 1. Améliorations testées par les EAQ

Exemples d'améliorations initiées et testées par les Équipes d'Amélioration de la Qualité			
Organisation de l'hôpital	Renforcement des Compétences	Renforcement Logistique	Organisation des Soins
<ul style="list-style-type: none"> <li>Réorganisation de l'espace pour créer un poste de triage</li> <li>Réorganisation interne du personnel de santé pour le triage, la stabilisation et la surveillance des cas hospitalisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunions du personnel et de l'EAQ pour discuter de la stratégie TETU, des normes en relation au paludisme grave et de la qualité des soins</li> <li>Positionnement du personnel dans les salles de consultation et de stabilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'un cahier de gestion des médicaments d'urgence</li> <li>Fourniture de concentrateurs d'oxygène dans les chambres de stabilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre d'une forme de triage systématique inclus dans les fichiers de l'hôpital des enfants</li> <li>Utilisation régulière des outils de travail et du personnel technique de soins d'urgence</li> </ul>

entendre des travaux d'amélioration, avec les objectifs suivants: i) Mettre en œuvre un triage systématique de tous les enfants de moins de 5 ans quand ils arrivent à l'hôpital en les classifiant dans l'une des trois catégories suivantes: Urgent, Prioritaire ou Standard ; ii) Traiter, selon les directives, tous les cas classés comme « Urgent » ; iii) Traiter conformément aux directives, tous les cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux ;

iv) Réduire le nombre de décès dans les premières 24 heures après l'admission; v) Réduire la mortalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux. Douze hôpitaux publics et privés ont été inclus: 1 hôpital national de référence, 5 hôpitaux régionaux et 6 hôpitaux de district. Le processus a commencé par un atelier de concertation afin de définir les éléments cliniques de l'approche TETU, suivi par le développement et le déploiement

de la formation TETU par des experts nationaux, ainsi que le renforcement des capacités d'agents de santé TETU sur site en association avec des travaux d'Amélioration de la Qualité (AQ). Des coaches d'AQ faisaient des visites régulières aux hôpitaux TETU afin de renforcer les compétences de manière ciblée et d'améliorer le fonctionnement de l'équipe. Chaque hôpital a été équipé de concentrateurs d'oxygène et de distributeurs capables de fournir de l'oxygène à 5 enfants à la fois, ainsi que des aides de travail sur le TETU et des outils du suivi (Figure 1).

Réunions trimestrielles ont été organisées pour permettre aux Équipes d'Amélioration de la Qualité (EAQ) hospitalières de partager les expériences, les résultats, et les leçons apprises. Le tableau ci-dessous présente des exemples concrets d'améliorations testées par les EAQ et on peut constater une amélioration d'adhésion aux normes TETU.

Ces résultats très encourageants ont été eux-mêmes une source de motivation pour le personnel de santé dans les hôpitaux. Et malgré des périodes de grèves du personnel de santé, ce qui a empêché le fonctionnement régulier des centres de santé et hôpitaux du pays, la mise en œuvre de l'approche TETU

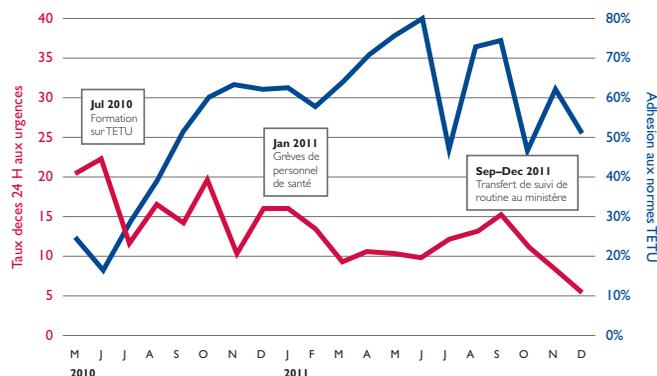
a aidé à diminuer le taux de mortalité lié au paludisme grave ainsi que le nombre de décès enregistrés dans les premières 24 heures après l'admission à l'hôpital (Figure 2).

En Octobre 2011, l'approche et les pratiques améliorées TETU ont été étendues au département de l'Atlantique / Littoral dans

le cadre d'un vaste effort de mise à l'échelle du projet. En prenant en compte les leçons retenues lors de la mise en œuvre initiale de TETU, six hôpitaux supplémentaires, quatre hôpitaux publics et deux hôpitaux religieux, ont bénéficiés d'une formation, de la supervision et le coaching sur le TETU de Février à Juin 2012. Au cours des quatre

mois de mise en œuvre, le taux d'adhésion aux normes TETU est passé de 0 à 80% ; malgré cela, le taux de mortalité dans les premières 24 heures après l'admission à l'hôpital n'a pas immédiatement diminué (Figure 3). Le PISAF a continué à soutenir les douze tout premiers hôpitaux TETU et à encourager les surveillances de routine par le ministère. Comme on peut le constater, il a été difficile pour ces hôpitaux de maintenir les résultats obtenus (Figure 2).

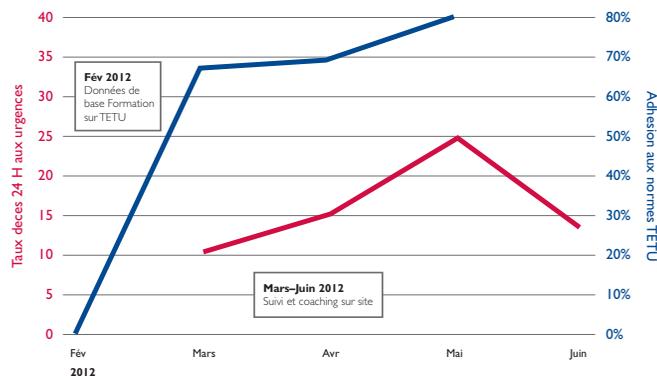
**Figure 2.** Taux de mortalité dans les premières 24 heures et respect des normes TETU dans les 12 hôpitaux TETU travaillant en collaboration



Comme le chef du service de pédiatrie dans l'un des hôpitaux a déclaré lors d'une session d'apprentissage TETU à Bohicon, au Bénin:

*Je suis tellement convaincu de l'efficacité de cette approche que je n'hésiterai pas à soutenir le personnel de mon département afin de maintenir les progrès réalisés lors de la mise en œuvre de TETU.*

**Figure 3.** Taux de mortalité et adhésion aux normes TETU dans les 6 hôpitaux d'extension



Ces résultats soulignent la nécessité de maintenir le coaching et une suivi de routine dans les hôpitaux où TETU a été mis en place ; ils soulignent aussi l'importance de la mise en œuvre des approches d'amélioration de la qualité adoptées dans le but d'avoir une incidence sur les objectifs ultimes du TETU et d'améliorer la qualité. Les hôpitaux où le TETU a été mise en œuvre pour une période plus limité n'ont pas encore eu l'occasion de consolider leurs connaissances en AQ. Afin de mettre en œuvre l'approche TETU avec succès et de façon durable, le suivi de routine et le coaching des équipes hospitaliers, ainsi que l'application des méthodes d'amélioration de la qualité est recommandée. La mise en pratique de cette approche intéressante a pu réduire du nombre de décès inutiles dus au paludisme grave chez les enfants.

### Integrated Family Health Program/Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF)

BP 420 Bohicon République du Bénin

Tél: +229 22.51.18.84/22.51.11.73 pisaf@urc-benin.com



## MOTIVATION BASÉE SUR LA PERFORMANCE ABOUTISSENT À DES RÉSULTATS DANS LES CENTRES DE SANTÉ AU BÉNIN

À u Centre de Santé de Djibgé dans le Département Atlantique / Littoral (A / L) du Bénin, les services de santé à la maternité sont sous la responsabilité d'un aide-soignant dont le cadre est l'un des plus bas dans le système hiérarchique du personnel de santé. Malgré cela, le Centre de Santé de Djibgé est arrivé en tête lors d'évaluations effectuées dans 34 centres par le biais d'une stratégie de la motivation basée sur la performance (MBP). La MBP a été mise en œuvre dans les départements A / L et Zou / Collines (Z / C) grâce à l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), à travers le Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF) géré par University Research Co., LLC (URC). Des stratégies similaires, souvent appelées « gestion axée sur les résultats » ou « financement basée sur les résultats », sont en cours de réalisation partout dans le monde et ces résultats sont prometteurs. Grâce à la MBP, les motivations sont accordées en fonction de la performance d'un individu ou d'une équipe et d'après un paquet commun d'indicateurs. Étant donné les problèmes de ressources humaines au Bénin, le PISAF a développé et mis en œuvre une stratégie MBP qui ne dépend pas de la présence d'un personnel hautement qualifié, mais qui mesure la qualité de la performance d'une équipe de santé composée de personnel moyennement ou peu qualifié.

### Développement et Calcul d'Indicateurs

Au Bénin, un certain nombre d'organismes donateurs et de développement ont mis à l'essai différentes stratégies de la MBP afin d'améliorer les indicateurs de santé. En 2011, PISAF a rencontré ces organismes afin d'examiner les leçons retenues et d'évaluer comment la MBP pourrait être



Le statisticien de zone et l'aide du Centre de Santé Djibgé examinent les registres de la maternité lors de la collecte de données de routine. Djibge CS serait au premier rang de tous les centres de santé dans la zone sanitaire d'AZT dans la stratégie de motivation basée sur la performance.

mis en œuvre avec succès. Après ces réunions, PISAF a affiné une stratégie de MBP en collaboration avec les équipes départementales et de zonales.

Le PISAF a élaboré un ensemble d'indicateurs de performance qui reflète les différents aspects de la performance selon les différents niveaux du système de santé. Au niveau départemental, les indicateurs sont axés sur la gestion des ressources humaines, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, le niveau

d'exécution des plans d'action, et les activités d'amélioration de la qualité. Au niveau zonal, les indicateurs ont mis l'accent sur le niveau d'exécution des plans d'action, l'achèvement et la rapidité de transmission des données, et la gestion des chaînes d'approvisionnement. Les centres de santé ont été évalués selon des indicateurs cliniques ainsi que gestion des ressources humaines, gestion de la chaîne d'approvisionnement, et de la supervision des agents de santé communautaires dans la zone de responsabilité.

**Tableau I. Améliorations testées par les EAQ**

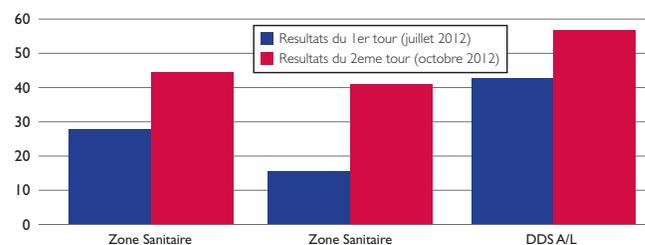
Domaine	Indicateur	Maximum de Points Possible	Excellent (100% du nombre de points maximum)	Très Bon (85% du nombre de points maximum)	Bon (60% du nombre de points maximum)	Correct (40% du nombre de points maximum)	Faible (0% du nombre de points maximum)
Clinique	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un diagnostic de malaria et traités correctement avec CTA	10 points	>95%	90-95%	80-90%	60-80%	>60%

Conformément à la stratégie PISAF, les données sont collectées par le système de collecte de données de routine, puis validées. Sur la base du niveau de chaque indicateur, le département ou la zone se verra attribué un certain nombre de points selon une formule préétablie. Les indicateurs pour chaque centre de santé sont utilisés pour calculer leur classement et font parti des résultats de la zone sanitaire. Les départements, zones, et centres de santé peuvent ensuite échanger ces points contre leur choix de trois mesures incitatives: un soutien non financier tel que des visites de coaching supplémentaires, des subventions de matériel et d'équipement, et le développement professionnel et les possibilités de formation continue. Les comités de MBP sont composés de diverses catégories de personnel, au niveau départemental et zonal pour faciliter le choix des motivations.

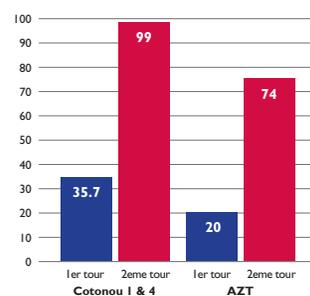
### Mise en Œuvre et Résultats de la MBP

La première tour de la motivation sur la performance a été attribué en Juillet 2012 aux départements de Z / C et A / L et a été basée sur la performance au cours des deux premiers trimestres de 2012. Dans les départements de Z / C, 6 zones de santé et 132 centres de santé y ont pris part, et dans les départements A / L, 2 zones de santé et 33 centres de santé y ont participé. Les résultats de l'évaluation de la performance ont été présentés pour chaque zone au cours des réunions d'évaluation des données trimestrielles, avec des résultats surprenants. Comme mentionné précédemment, dans les départements A / L le centre de santé le plus performant a été dirigé par un aide-soignant. Il est généralement admis que le personnel doit être hautement qualifié pour faire correctement son travail mais les performances de cet aide-soignant et son

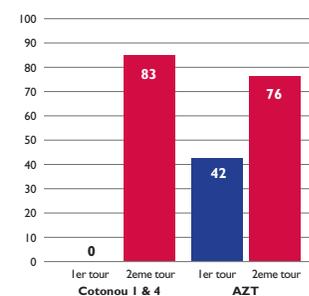
**Figure 1. Scores Globaux de la MBP**



**Figure 2. Proportion de nouveau-nés chez qui au moins 80% des normes de surveillance dans les 6 premières heures ont été respectées dans les zones sanitaires A/L**



**Figure 3. Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié du dépistage VIH en CPN à la première consultation dans les zones sanitaires A/L**



équipe démontrent qu'avec un minimum de formation, la motivation joue un rôle clé dans l'amélioration de la performance.

La stratégie de la MBP a été très bien accueillie par le personnel du Ministère de la Santé départemental et zonal. Bien que le processus d'identification et de communication de la sélection des mesures

incitatives du PISAF ait été prolongée, ce qui a entraîné des retards, PISAF a organisé des cérémonies de remises début Novembre 2012 dans les deux départements.

Le second tour de la MBP, basé sur la performance au cours du troisième trimestre de 2012, a été uniquement concentré dans la zone A / L. La présentation de cette phase

d'évaluation des performances a eu lieu en Octobre 2012. Les résultats ont été positifs ; les zones sanitaires et le département ont augmenté leurs scores de performance entre la première et la seconde phase (figure 1) et ont vu une augmentation sur certains des indicateurs cliniques principaux (figures 2 et 3). Les membres du personnel PISAF ont validé les données de performance au cours des visites de suivi sur site. Afin de faciliter l'identification des motivations et d'éviter les retards pris lors de la première phase le personnel PISAF a visité personnellement les départements et les zones correspondantes pour discuter de leur sélection de motivation. Le projet a fourni toutes les motivations à la fin de Novembre 2012.

Le personnel de santé a répondu favorablement à la stratégie de la MBP. Un membre du personnel du Ministère de la Santé a expliqué: «Oui, la stratégie de la MBP a généré un gain de performances au sein de ma structure de santé, mais il est trop tôt pour dire si cela durera. Cependant, en fonction de l'engagement et de l'intérêt du personnel au niveau de leurs scores de performance, il semble que ce soit un tremplin pour atteindre de meilleures performances.» En outre, le Directeur de Santé du département A / L a indiqué que la stratégie de la MBP a été efficace car elle reconnaît l'importance du travail en équipe ainsi qu'un système de motivation basé sur le groupe plutôt que la performance individuelle.

### Recommandations

- 1. Assurer une période de mise en œuvre adéquate suffisante pour permettre de tester l'IBP.** Le PISAF n'a pu mettre en œuvre que deux tours d'évaluation de la MBP. Une longue période de mise en place permettrait une évaluation en profondeur des effets durables de cette approche.
- 2. Assurer une compréhension claire de la MBP entre toutes les parties concernées.** Une formation adéquate et l'explication de la MBP est nécessaire avant sa mise en œuvre. Cette formation assure que le personnel à tous les différents

### **Une sage-femme du centre de santé de Sekou fait le point sur son expérience de la stratégie MBP**

*Il s'agit d'une bonne initiative qui renforce notre force morale. Au cours de l'examen des indicateurs, ce fut un honneur pour moi et mon centre de santé d'arriver deuxième sur les 34 centres sélectionnés. Même si j'aurais aimé être la première, j'ai été rassurée par le fait que le centre de santé de Djigbé est arrivé premier, car le travail mené par le responsable du service maternité est un aide-soignant. Elle est très engagée, et j'étais l'une de ses tuteurs. Le PISAF a été transparent et objectif au niveau des résultats et classements. La conclusion que je peux tirer est celle-ci : pour que notre population au niveau communautaire puisse jouir d'une meilleure santé, nous avons besoin de bonnes performances dans nos établissements de santé afin de refléter l'engagement et la détermination de l'ensemble du personnel à différents niveaux.*

niveaux du système de santé soit d'accord et comprenne bien la façon dont leur performance sera évaluée mais aussi comment cette performance se traduira par des motivations.

- 3. Impliquer le gouvernement dès le départ** afin de s'assurer que les stratégies de la MBP soient maintenues et intégrées aux stratégies actuelles et futures. Il est impératif que les discussions initiales et l'exécution de la MBP inclue des représentants du gouvernement.
  - 4. Assurer la coordination entre les partenaires.** Il y a actuellement de nombreuses approches pilotes différentes de la MBP en cours de développement à travers le monde. Partager des indicateurs et des meilleures pratiques, en particulier au niveau des coûts et de la durabilité, permettrait d'enrichir le dialogue et de fonder une base concrète pour les gouvernements et les organismes de développement.
  - 5. Fournir des mesures incitatives utiles non financières.** Le PISAF a été limité contractuellement à fournir des motivations non financières dans les départements et les zones. Cette limitation a offert au projet l'occasion d'introduire l'idée de la motivation non-financière et d'encourager les responsables des établissements de santé à évaluer la définition d'une motivation et de voir comment il peut être possible d'encourager le personnel de santé dans le but d'améliorer les performances.
- Bien que le PISAF ait clôturé en 2012, son expérience dans la mise en œuvre d'une stratégie de la MBP a été un succès et devrait être considéré comme une pratique prometteuse pour améliorer la performance du système de santé dans le pays.

### Integrated Family Health Program/Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF)

BP 420 Bohicon République du Bénin

Tél: +229 22.51.18.84/22.51.11.73 pisaf@urc-benin.com

# Annexe 6 : Affiches de la journée des portes ouvertes, Octobre 2011





## Lutte contre les fistules obstétricales

**Objectif**  
Appuyer la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales ainsi que la réinsertion sociale des femmes opérées.

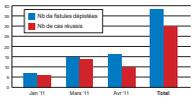
**Lieu**

- Toutes les 15 communes des Zou-Collines
- Références aux hôpitaux de Bembekeke et Natingou

**Interventions**

- Plaidoyer en faveur de l'élimination de la fistule
  - Orientation de 13 leaders d'opinion religieux, Accoucheuses traditionnelles, responsables de Groupements Femmes, animateurs radio pour déstigmatisation
  - 18 animateurs de radios et artistes des troupes de théâtre populaire partenaires orientés sur les fistules obstétricales
  - 8 spots radiophoniques relayés et traduits en quatre langues locales sur les fistules obstétricales
  - 01 scénario de théâtre composé pour servir de sensibilisation sur les fistules obstétricales
  - Confection d'aidés visuelles (cadre général des complications obstétricales) (en cours)
- Renforcement des capacités de prévention de la fistule
- Référence et réintégration
- Suivi évaluation

**Résultats**  
Cumuls des cas dépistés et taux de chirurgie réparatrice, Zou-Collines, jan - avr 2011






**Leçons apprises**

- La fistule existe réellement dans les localités du Zou et des Collines
- L'orientation des autres catégories de personnel (aides sages et infirmiers) des structures sanitaires publiques et privées est indispensable dans le cadre de la prévention
- La sensibilisation doit être poursuivie au sein des communautés pour éviter les deux premiers retards
- La constitution et la formation d'une équipe spécialisée (chirurgiens, obstétriciens et infirmiers) dans le Zou ou dans les environs où l'identification et le renforcement en équipement d'un hôpital faciliteraient la prise en charge des clientes porteuses de fistule





## Relais Communautaires

**Objectif**  
Appuyer les zones sanitaires à étendre l'offre des services et soins de santé au niveau communautaire.

**Lieu**

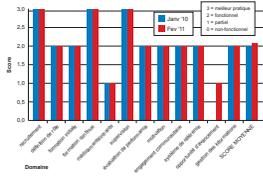
- Couverture dans 141 hameaux éloignés dans les quatre zones sanitaires de CICO, DJAGLA, SABA et SAO dans le Zou/Collines
- Population desservie 2010: 294,823
- Formations sanitaires publiques impliquées: 40

**Interventions**

- Engagement communautaire et système sanitaire dans la sélection et la formation de 145 Relais
  - Cause de groupe et visite à domicile
  - Conseil des parents d'enfant malade
  - Plaidoyer aux leaders d'opinion
- Disponibilité des outils et intrants de travail
  - Cession des médicaments: CTA, ORASEL/ZINC et cotrimoxazole pour les enfants < 59 mois
  - Cession de produits non prescriptibles: MILDs, Aqutabs, condoms, paracétamol
- Supervision formative par les prestataires et points focaux de zone
  - Prise en charge des cas de diarrhée, fièvre et révétement la pneumonie
  - Références
  - Recherches actives du Programme Élargi de Vaccination (PEV)

**Résultats**  
En 2010, les Relais ont traité 14,676 enfants ayant fièvre simple avec le CTA. Ils ont également référés 477 clients en besoin de consultation clinique.

**Analyse de fonctionnalité de système relais communautaire, PISAF 2010-II**






**Admission sur consultation communautaire par un Relais dans le Collines**

**Plus de 1400 chargés de maternités en ConsoMation Pré-natale Inocuite (CPNI) TPI) compris la prise spécialisée de la Sulfadoxine Pyriméthamine**

**Rehabilitation de magasins de distribution sanitaire Quatre Plateaux**





## Collaboratif de Gestion des Ressources Humaines

**Objectif**  
Habiller la Direction Départementale de la Santé de Zou/Collines (DD/ZZ), le Centre Hospitalier Départemental de Zou/Collines (CHD/ZC), les six zones sanitaires et les quatre hôpitaux de zone à faire une gestion rationnelle des ressources humaines dans un environnement décentralisé

**Lieu**  
Départements du Zou et des Collines

- 12 sites
- Le DD/ZZ
- Le CHD-ZC
- Les six (6) Bureaux de Zone Sanitaire
- Les quatre (4) Hôpitaux de Zone

Démarrage: Avril 2009

**Interventions**

- Appui constant d'un comité d'experts provenant du Ministère de la Santé et du Ministère chargé de la Fonction Publique
- Mise en place des équipes d'amélioration de la qualité
  - 1) création et mise à jour des dossiers individuels du personnel
  - 2) élaboration de description de tâches
  - 3) mise en place et formation à l'utilisation du Logi-CRH
- Suivi du monitoring des indicateurs à travers les sessions d'apprentissage

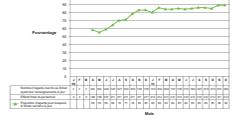
**Résultats**  
Au 75% des agents en service dans les départements du Zou et des Collines ont leurs dossiers individuels tenus à jour

**Pourcentage des dossiers des agents mis à jour**



Près de 90% des agents inscrits au fichier électronique du personnel ont leurs renseignements à jour

**Pourcentage des agents pour lesquels le fichier est à jour**



**Contenu dossier individuel:**

- sous-dossier état civil
- sous-dossier formation et actes de carrière
- sous-dossier positions et mouvements
- sous-dossier sanctions et divers

**Arrivée au magasin des dossiers**

**Enregistrement des agents au fichier électronique**






## Programme Présidentiel Lutte contre le Paludisme

**Objectif**  
Améliorer la prise en charge des cas de palu simple et grave à travers des formations des prestataires du public et du privé

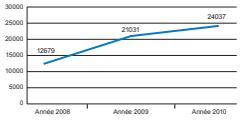
**Lieu**

- Niveau national avec la formation des formateurs en consultation pré-natal (CPN) (Virement préventif intermittent (TPI))
- Niveau Zone avec la formation des équipes d'encadrement des Zones Sanitaires
- Niveau des formations sanitaires avec formation des responsables des maternités
- Coaching dans 10 zones sanitaires (Zou-Collines, Atlantique-Littoral, et Oueme-Plateau)

**Interventions**

- Renforcement de capacité au Programme Nationale de la Lutte contre le Paludisme (PNLP) (Infrastructures, personnel, planning)
- Appui technique à l'élaboration des modules de formation
- Appui technique et financier à la formation des agents de santé qualifiés et non qualifiés des maternités
- Appui technique et financier pour le suivi post formation
- Appui financier pour les supervisions et Système d'Information de Routine sur le Paludisme (SIRP)

**Résultats**  
Nombre de femmes enceintes reçues pour 2ème dose de TPI dans les centres de santé publiques du Zou et des Collines, 2008 - 2010



**Plus de 1400 chargés de maternités en ConsoMation Pré-natale Inocuite (CPNI) TPI) compris la prise spécialisée de la Sulfadoxine Pyriméthamine**




**Observation de Prise en charge intégrée de l'enfant malade au CS ASABANONKONZOU, Zone Sanitaire DAA, PISAF/PM à forme 312 prestataires publiques dans la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) de 2008 à 2010**

**Rehabilitation de magasins de distribution sanitaire Quatre Plateaux**





## MEDISTOCK

**Objectif**  
Améliorer la disponibilité des produits de santé dans les formations sanitaires et accroître l'accès aux produits de qualité

**Lieu**

- Aire de concentration: Tous les six zones sanitaires et la Direction Départementale de la Santé (DDS) Zou/Collines
- Extension: tous les 34 zones sanitaires pour les intrants contre le paludisme

**Interventions**

- Juin 2007, évaluation de la fonctionnalité des dépôts répartiteurs de zone (DRZ) dans Zou/Collines
- Mai 2008, introduction du logiciel « MEDISTOCK » dans les DRZ et formation des acteurs de Zou/Collines
- Mai 2009, interconnexion des dépôts répartiteurs via une plate forme web d'échange de données logistiques dans Zou/Collines
- Extension du logiciel « MEDISTOCK », aux autres départements du Bénin
- Formation des formateurs sur le logiciel « MEDISTOCK » au niveau département et national
- Coaching ciblé des utilisateurs de « MEDISTOCK », mené par une équipe conjointe Ministère de la Santé et DDS

**Résultats**  
34/34 DRZ, 06 Hôpitaux, 02 Centres de Santé utilisent régulièrement MEDISTOCK pour la gestion de stocks de produits de santé au Bénin

**Moyenne des jours de rupture de stock de CTA, dans centres de santé de Zou/Collines**



**Disponibilité des produits de ConsoMation Pré-natale Inocuite (CPNI) TPI) compris la prise spécialisée de zone**

**Disponibilité des produits de ConsoMation Pré-natale Inocuite (CPNI) TPI) compris la prise spécialisée de zone**

**Disponibilité des produits de ConsoMation Pré-natale Inocuite (CPNI) TPI) compris la prise spécialisée de zone**

# Annex 6: Posters Presented at Open Door Day Conference continued





## Mutuelles de santé

**Objectif**  
Améliorer l'accès financier des populations du Zou/Collines et du Borgou/Alibori soins de santé de qualité

**Lieu**  
CARTEGRAPHIE DES INTERVENTIONS DU PISAF DANS LE DOMAINE DES MUTUELLES DE SANTÉ



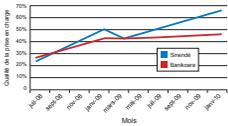
**Interventions**

- Étude de faisabilité de l'implantation
- Mise en place des mutuelles et réseaux de mutuelles de santé
- Formations et suivi des mutualistes
- Mise à disposition de motos aux réseaux de mutuelles;
- Collaboratif d'amélioration de la Qualité des soins dans les mutuelles
- Partenariat avec les élus locaux, les institutions de micro finances,
- Forum national des mutuelles de santé au Bénin

**Résultats**

- 59 mutuelles de santé dans 9 communes
- 9 réseaux de mutuelles de santé
- 10 808 adhérents et 29 180 bénéficiaires

**Evolution de la qualité de la prise en charge thérapeutique des mutualistes de Sinendé et de Banikoara 2008-2010**



**Formes mutualistes bénéficiaires des prestations de soins pour un enfant malade**



**Formes de soins à l'échelle communale de Zangnan pour la promotion et suivi de recouvrement des cotisations**







## Coaching

**Objectif**  
Mettre en place un cadre de coaches locaux pour appuyer les Équipes d'Amélioration de la Qualité (EAQ) à devenir autonomes afin d'être capables d'utiliser seules les outils et les procédures appropriés pour adhérer aux normes du système sanitaire.

**Lieu**  
**Département du Zou et de Collines**

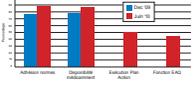
- Toutes les six zones sanitaires
- Tous les 147 centres de santé publics
- Le CHD et tous les hôpitaux de zone

**Département du Borgou et de l'Alibori**

- Deux zones sanitaires :
  - Banikoara (dix centres de santé)
  - Bembéréké – Sinendé (quatre centres de santé)

**Résultats**  
**ETUDE DE CAS D'EFFICACITE DE COACHING**  
En décembre 2009 le site SONE/GATPA de Ouessé est identifié comme peu performant suite à un suivi. Il a connu deux visites de renforcement par les coaches. Il a reçu une visite inspirée en juin 2010 pour agir de l'évolution des performances après les visites de coaching.

**Evolution de la performance du site SONE/GATPA de OUESSE, Dec 2009 au Juin 2010**



**Résultats du coaching du site de Ouessé avec amélioration de :**

- la fonctionnalité de l'équipe passant de 0 à 40%
- exécution du plan d'action passant de 0 à 60%
- adhésion aux normes 77 à 88%

**Qui sont des coaches?**  
Les coaches sont des prestataires performants ou des tuteurs identifiés par les médecins coordonnateurs pour encadrer les équipes d'amélioration de la qualité. Ils peuvent être les cadres de la DDS chargés du suivi des activités. Actuellement il y a 83 coaches du paquet intégré dans le Zou-Collines.

**Une coach expliquant un diagramme de programmation à l'issue d'une session d'apprentissage**



**Quatre de l'équipe SONE/GATPA de Sinendé dans le cadre de collaboratif mutuelle et qualité des soins**







## Utilisation des media populaires traditionnels

**Objectif**  
Appuyer la Direction Départementale de la Santé (DDS) à améliorer la demande des services de santé, des produits et des mesures préventives à travers l'utilisation des media populaires traditionnels

**Lieu**  
**Département du Zou et des Collines:**

- 3 Troupes de théâtre populaire à Abomey, Savalou et Savé
- 5 Groupes de Musique Populaire Traditionnelle à Abomey, Savalou, Dassa, Glazoué et Savé

**Interventions**

- Renforcement des capacités des groupes de musique et de théâtre populaire à développer des thèmes de santé familiale dans les chansons et théâtre en langues locales

**Résultats**

- Trois troupes de théâtre populaire et 5 groupes de musique traditionnelle ont touché 313 820 personnes
- 24 chansons populaires sont produites et diffusées sur des thèmes de santé familiale
- 22 sketches théâtraux sont représentés sur le paludisme, la planification familiale, les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) communautaires, les IST/VIH/SIDA, les Mutuelles de Santé, les grossesses en milieu scolaire
- 4 CD audio sur le paludisme, la PF, les SONU communautaires, les IST/VIH/SIDA et les Consultations prénatal (CPN)
- 1 VCD sur la Planification Familiale (PF)

**Artiste de la chanson populaire traditionnelle, chanson sur le SIDA, à l'occasion de la Journée Mondiale du SIDA 2006 au CEPI de Glazoué**



**Troupe de Théâtre Populaire lors d'une séance de sensibilisation sur la PF à Savé**







## Approche collaborative d'amélioration de la qualité en santé de la reproduction

**Objectif**  
Toute parturiante ayant accouché par voie basse à la maternité bénéficiaire de la Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) y compris les soins et la surveillance post-partum immédiat (durant les 6 premières heures) dans un environnement propre et sûr (PI).

**Lieu**

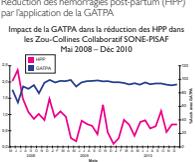
- Toutes les six zones sanitaires à savoir:
  - Djigbé-Abomey-Agbangbozo (DAA)
  - Cové- Zangnan- Ouhé (COZO)
  - Zogbodomey-Bohicon-Zalépota (ZOBZO)
  - Dassa-Glazoué (DAGLA)
  - Savalou-Benté (SABA)
  - Savé-Ouessé (SAC)
- Tous les centres de santé publics
- Le Centre Hospitalier Départemental (CHD) et tous les hôpitaux de zone

**Interventions**

- Elaboration et validation des paquets de changement Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels et Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (SONE/GATPA), Pré-éclampsie, Éclampsie et la Prévention Transmission de VIH-Mère-Enfant (PREPTHE), Planification Familiale (PF), et Pâs simple.
- Renforcement des capacités des prestataires sur les différents domaines
- Suivi post formation et coaching
- Organisation des sessions d'apprentissage et de synthèse des meilleures pratiques
- Extension clinique et géographique
- Elaboration et mise en oeuvre du « Paquet intégré des soins et services de qualité en santé familiale »

**Résultats**  
Réduction des hémorragies post-partum (HPP) par l'application de la GATPA

**Impact de la GATPA dans la réduction des HPP dans les Zou-Collines Collaboratif SONE-PSAF N°4 2008 – Déc 2010**



**Démonstration sur un modèle antérieur**



**Travaux de groupe sur l'élaboration du diagramme de processus lors d'une session d'apprentissage**



**Présentation d'une bricole pour accompagner. Noter l'absence de bouteille d'oxygène pour la réanimation au stade d'accouchement**








## Collaboratif TETU/Paludisme grave PMI 2010-2011

**Objectif**  
Réduire la mortalité intra hospitalière chez les enfants de moins de 5 ans admis en urgence dans les hôpitaux de référence au Bénin

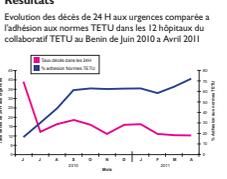
**Lieu**  
Dans 12 hôpitaux du pays:

- 2 hôpitaux de référence nationale (CHU et HOMEL à Cotonou)
- 5 Centres Hospitalier Départemental, CHD Ouémé Plateau, CHD Mono, CHD Zou, CHD Borgou Alibori et CHD Atacora-Dongé
- 5 Hôpitaux de Zone (l'hôpital privé Bethesda de Cotonou et les 5 HZ de Zou-Collines)

**Interventions**

- Adaptation du curricula de formation Tri, Evaluation, Traitement, Urgence (TETU);
- Formation de 9 formateurs nationaux;
- Formation de 13 formateurs départementaux;
- Formation en cascade de 258 prestataires des services de pédiatrie;
- Organisation de 3 visites de coaching;
- Organisation de 2 sessions d'apprentissage;
- Achat et mise en place sur fonds PMI de 13 concentrateurs d'oxygène avec distributeurs à 5 voies.

**Résultats**  
Evolution des décès de 24 H aux urgences comparé à l'adhésion aux normes TETU dans les 12 hôpitaux du collaboratif TETU au Bénin de Juin 2010 à Avril 2011



Indicateur	Niveau moyen avant TETU (sur 12 sites)	Niveau moyen après TETU (sur 12 sites)
% enfants < 5 ans admis aux urgences	3,9%	0,2%
Taux adhésion aux normes TETU	24,7%	61%
Taux adhésion dans les 24H aux urgences	20,6%	14,5%
Taux adhésion aux normes PMU-Gène	53,3%	60%
Letalité Pâs-Gène	9%	0%

**Images des sessions de formations des prestataires en TETU**



**Séance de démonstration en individuel sur manœuvres**



**Séance de démonstration en groupe sur manœuvres**





## Annexe 7 : Contenu de CD-ROM

- PMI Final Report
- BCC Materials
- Mutuelle studies
- Journal Article on PISAF's work improving Antenatal counseling







UNIVERSITY RESEARCH CO., LLC

7200 Wisconsin Avenue  
Suite 600  
Bethesda, MD USA

TEL 301-654-8338  
FAX 301-941-8427  
[www.urc-chs.com](http://www.urc-chs.com)